



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Melhoria da eficácia das intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado nos doentes com AVC

Joana Nunes Franco Grilo

Orientação: Professor Doutor Manuel Agostinho

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto
Politécnico
Portalegre



IPS

Instituto
Politécnico de Setúbal



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Melhoria da eficácia das intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado nos doentes com AVC

Joana Nunes Franco Grilo

Orientação: Professor Doutor Manuel Agostinho

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“(...) nunca eu teria percebido a vulnerabilidade a que um homem chega perante outro. (...) não era nada esperada aquela constatação de que a família também vinha de fora do sangue, de fora do amor ou que o amor podia ser outra coisa, como uma energia entre pessoas, indistintamente, um respeito e um cuidado pelas pessoas todas.”

Valter Hugo Mãe

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer a todas as enfermeiras e enfermeiros meus colegas do serviço de Medicina Interna do HAL, pela receptividade, prontidão e colaboração na implementação deste projeto de intervenção e a todos os doentes com AVC que foram incluídos, que colaboraram e participaram na aplicação do plano de intervenção, ao longo do seu internamento.

Em segundo lugar quero agradecer ao meu orientador, Professor Manuel Agostinho e ao Professor Eduardo Ribeiro, orientador do ensino clínico, pela paciência, disponibilidade e apoio para que este projeto pudesse ser realizado.

Não posso deixar de agradecer também à minha família e ao João pelo apoio incondicional, constante e motivação transmitidos ao longo da realização deste trabalho, apesar dos serões em frente ao computador e das ausências nos programas de família.

A todos o meu sincero Obrigado.

Resumo

Este relatório, desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação pretende descrever um projeto de intervenção que decorreu entre 4 de outubro de 2016 a 22 de janeiro de 2017, na Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais do Hospital Amato Lusitano.

O acidente vascular cerebral é considerado um problema em saúde pública e embora em Portugal a sua taxa de mortalidade tenha decrescido, ainda é uma das principais causas de morbilidade e incapacidade, justificando a intervenção na promoção da independência funcional dos doentes.

De modo a verificar se as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação melhoraram a promoção do autocuidado, foram utilizados instrumentos de avaliação da funcionalidade, força muscular, equilíbrio corporal e marcha em dois momentos e implementado um plano de intervenção.

Dos sete doentes que constituíram a amostra, a maioria apresentou ganhos funcionais, contudo apenas um doente apresentou um índice igual ou superior a 90, indicativo de independência funcional.

Palavras-chave: autocuidado, funcionalidade, intervenções de enfermagem de reabilitação

Abstract

Improving the effectiveness of rehabilitation nurse interventions in promoting self-care in stroke patients

This report, developed within the scope of the Master's Degree in Nursing, Area of Specialization in Rehabilitation Nursing intends to describe an intervention project that took place between October 4, 2016 and January 22, 2017, at the Vascular Stroke Unit of the Amato Lusitano Hospital.

Stroke is considered a public health problem and although in Portugal its mortality rate has decreased, it is still one of the main causes of morbidity and disability, justifying intervention in promoting functional independence of patients.

In order to verify if the interventions of the rehabilitation nurse improved the promotion of self-care, instruments of evaluation of functionality, muscular strength, body balance and gait were used in two moments and an intervention plan was implemented.

Of the seven subjects that constitute a sample, one candidate presented functional gains, yet only one patient had an index equal to or greater than 90, indicative of functional independence.

Keyword: self-care, functionality, rehabilitation nursing interventions

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO.....	15
1.1. Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	15
1.2. Unidade de AVC do Hospital Amato Lusitano	16
2. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS	19
2.1. O Doente com AVC.....	20
2.2. Tratamento e Cuidados Gerais ao Doente com AVC	22
2.3. Reabilitação do Doente com AVC: focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem de reabilitação	25
2.3.1. Alterações da mobilidade.....	27
Alterações do tônus muscular	28
Alteração da força muscular	29
Alteração do equilíbrio corporal	31
Alteração da marcha.....	33
Dor: ombro doloroso.....	34
Alterações sensoriais: Negligência Hemiespacial Unilateral	35
Integridade cutânea comprometida	36
2.3.2. Deglutição comprometida.....	37
2.3.3. Incontinência urinária	40
2.3.4. Comunicação comprometida	42
2.3.5. Défice no autocuidado	44
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	47
4. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	50
5. CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	51
6. PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	54
7. DESCRIÇÃO FUNDAMENTADA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ..	57
8. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS EM FUNÇÃO DOS OBJETIVOS.....	60

8.1. Análise crítica e descritiva das atividades desenvolvidas enquanto mestranda e enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.....	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
ANEXOS.....	LXXXIX
Anexo A – Escala de Rankin modificada.....	XC
Anexo B – Escala de NIHSS.....	XCII
Anexo C – Índice de Barthel	XCVII
Anexo D – Cronograma de atividades	XCIX
Anexo E – Documento de colheita de dados	CI
Anexo F – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	CXI
Anexo G – Autorização do Conselho de Administração da ULSCB.....	CXIII
Anexo H – Formação em Serviço realizada aos Enfermeiros do serviço de Medicina Interna sobre o tema “Posicionamentos e Transferências no doente com AVC”	CXV

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Critérios de internamento na U-AVC da ULS de Castelo Branco	17
Figura 2: Fatores de risco do AVC	21
Figura 3: Critérios de seleção para realização de fibrinólise	24
Figura 4: Padrão antiespástico	29
Figura 5: Exercícios Terapêuticos	30
Figura 6: Técnica do levante e da transferência	33
Figura 7: Treino de marcha.....	34
Figura 8: Avaliação da função cognitiva para inclusão no projeto de intervenção e no momento da alta.....	49
Figura 9: Estratégias e ações para atingir os objetivos propostos.....	52
Figura 10: Plano de intervenções de enfermagem de reabilitação.....	53
Figura 11: Níveis de dependência.....	55
Figura 12: Avaliação do Risco de Queda	64
Figura 13: Avaliação do equilíbrio corporal.....	65
Figura 14: Avaliação do Índice de Barthel	68

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos doentes relativamente ao sexo, idade, diagnóstico de admissão e dias de internamento	60
Tabela 2: Avaliação da força muscular.....	63
Tabela 3:Avaliação da independência funcional por autocuidados	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA – American Heart Association
AIT – Acidente Isquémico Transitório
AIVD – Atividades instrumentais da vida diária
APA - American Psychological Association
APTT – Activated Partial Thromboplastin Time
ASA – American Stroke Association
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades de vida diária
CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS – Direção Geral de Saúde
DM – Diabetes Mellitus
E.P.E. – Entidades Públicas Empresarias
EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação
ESO – European Stroke Organisation
FA – Fibrilhação auricular
HAL – Hospital Amato Lusitano
HIC – Hipertensão intracraniana
HSA – Hemorragia subaracnoídea
HTA – Hipertensão Arterial
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INR – Internacional Normalised Ratio
MAV – Malformação arteriovenosa
MI – Membro inferior
MIF – Medida de Independência Funcional
MMSE – Mini-Mental State Examination
MS – Membro superior
NIHSS – National Institute of Health Stroke Scale
O₂ – Oxigénio
OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão arterial
PEG – Gastrostomia percutânea
RMN – Ressonância Magnética Nuclear
Rt- PA – Recombinant Tissue Plasminogen Activated
SNC – Sistema Nervoso Central
SNG – Sonda nasogástrica
SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TCE – Traumatismo crânio-encefálico
U-AVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais
ULSCB – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
UP – Úlcera de pressão
WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Este trabalho encontra-se inserido no âmbito da unidade curricular Estágio Final na forma de um Relatório de Estágio, do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Universidade de Évora, que procura mostrar evidências das potencialidades da enfermagem de reabilitação no tratamento precoce dos doentes internados em Unidades de Acidentes Vasculares Cerebrais (U-AVC), através da aplicação de estratégias de intervenção consideradas eficazes nessa situação.

Segundo dados da American Heart Association/ American Stroke Association (AHA/ASA, 2016), associado às medidas e compromissos definidos e realizados pelas várias associações e entidades de saúde, o número de acidentes vasculares cerebrais (AVC) têm vindo a diminuir na população mundial, contudo tem-se verificado um aumento no número de pessoas sobreviventes com incapacidades permanentes. Em Portugal, têm-se assistido ao longo dos anos a uma melhoria global de todos os indicadores sobre as doenças cerebrovasculares, com uma redução da sua taxa de mortalidade (Direção Geral de Saúde [DGS], 2016), contudo as doenças cérebro-cardiovasculares, onde se inclui o AVC, ainda são consideradas umas das principais causas de mortalidade e incapacidade (Menoita, 2012 e DGS, 2010).

Ao longo dos anos verificou-se uma melhoria tanto nos tratamentos e cuidados como nos acessos aos serviços de saúde. Contudo, dada a elevada morbilidade do acidente vascular, um grande número de doentes apresentam níveis de incapacidade e dependência funcional que os impede de realizarem as suas atividades básicas de vida diária, verificando-se assim a necessidade de intervenção das equipas de reabilitação e a implementação de programas de reabilitação o mais cedo possível (López-Espuela et al., 2016).

Sendo a reabilitação um processo complexo que necessita de uma abordagem do cuidar multidisciplinar e interdisciplinar, os enfermeiros de reabilitação têm que desempenhar, em simultâneo, a função de prestadores e de coordenadores de cuidados às pessoas com necessidades especiais (Hoeman, 2011).

Durante a fase aguda do AVC, a intervenção da equipa de saúde baseia-se sobretudo na manutenção dos sinais vitais do doente, na prevenção e tratamento de complicações e na melhoria dos resultados funcionais (AHA/ASA, 2013 e DGS, 2010) onde a enfermagem de

reabilitação adquire um papel fundamental na compreensão do potencial individual do doente e na melhoria da promoção do seu autocuidado (Hoeman, 2011).

O domínio deste trabalho baseou-se na execução de um projeto de intervenção, com vista a verificar a eficácia das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nos doentes que sofreram um AVC e pretende servir como documento que demonstra as capacidades desenvolvidas durante a implementação desse projeto de intervenção.

Para verificar a melhoria da funcionalidade e da capacidade do autocuidado nos doentes delineou-se um plano de intervenção que foi aplicado aos doentes admitidos na Unidade de AVC do Hospital Amato Lusitano, no período compreendido de 4 de outubro de 2016 a 22 de janeiro de 2017, através de uma avaliação inicial e contínua da evolução desses doentes. Foram ainda utilizados instrumentos de avaliação mais objetivos de modo a verificar a efetividade do plano de intervenção.

Este trabalho encontra-se dividido em oito partes: Análise do envolvimento, Análise da produção de cuidados, Análise da população, Definição dos objetivos, Conteúdos e estratégias de intervenção profissional, Processo de avaliação e controlo, Descrição fundamentada das atividades desenvolvidas e Avaliação das intervenções realizadas em função dos objetivos.

No primeiro capítulo, Análise do envolvimento, é feita uma caracterização geral da instituição e do serviço onde se vai desenvolver o projeto de intervenção, nomeadamente em relação aos recursos humanos e materiais e definido o conceito de U-AVC e quais as suas indicações e finalidades.

No capítulo 2, Análise da produção de cuidados, é realizada uma breve revisão da literatura sobre o AVC, os seus tratamentos e cuidados gerais e a reabilitação desses mesmos doentes, tendo em conta os focos e diagnósticos de enfermagem de reabilitação mais frequentes.

No capítulo 3 é efetuada uma análise da população/utentes que vão integrar este projeto de intervenção, bem como a sua seleção através de critérios de inclusão.

No capítulo 4 são definidos os objetivos tanto em termos de intervenção profissional como mestranda como os objetivos a atingir com a população interveniente.

No capítulo 5 são delineados os conteúdos e estratégias de intervenção profissional, através da descrição fundamentada e pormenorizada do plano de intervenção de cuidados de reabilitação que foi aplicado.

No capítulo do Processo de Avaliação e Controlo é identificado qual o resultado esperado deste projeto de intervenção em termos da avaliação da funcionalidade e da

independência funcional e definidos e descritos os instrumentos de avaliação utilizados para verificar a eficácia do plano de intervenção.

No capítulo 7 é realizada uma descrição fundamentada das atividades desenvolvidas ao longo da implementação do projeto.

E no capítulo 8, na Avaliação das intervenções realizadas, é feita uma apresentação e análise das intervenções realizadas em função dos objetivos definidos e dos resultados obtidos, fundamentada com a bibliografia. Incluindo-se ainda uma análise crítica e descritiva das atividades desenvolvidas enquanto mestrande e enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

Em Anexos incluo alguns instrumentos de avaliação, com alguma relevância para este trabalho, o documento de colheita de dados usado no projeto de intervenção, a declaração de aceitação para a concretização deste trabalho e ainda material pessoal que foi utilizado ao longo do estágio final e que serviu de estratégias para a concretização dos objetivos. Por uma questão de facilidade, os anexos surgem no final pela mesma ordem que vão aparecendo e sendo referenciados ao longo do trabalho.

As referências bibliográficas utilizadas para a realização deste trabalho encontram-se citadas ao longo do mesmo, sendo as mesmas apresentadas de acordo com a norma da APA, 6ª edição.

1. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

1.1. Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB), E.P.E., integra o Hospital Amato Lusitano (HAL) com os agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul (Decreto-Lei nº 312/2009, de 2 de novembro).

A ULSCB tem como missão e visão a promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados de saúde diferenciados e especializados, de forma abrangente, personalizada e integrada, com vista à excelência na prestação de cuidados de saúde e tendo sempre em conta a respetiva adaptabilidade às necessidades regionais e locais, sendo o doente o objetivo principal enquadrado no diagnóstico de saúde da unidade local de saúde (Ministério da Saúde, 2016).

Tem como principal objetivo a prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na sua área geográfica.

Promove também a formação de novos profissionais de saúde, contribuindo para a atualização dos conhecimentos daqueles que já se encontram em funções nas várias instituições e serviços através do desenvolvimento direto ou indireto de projetos de investigação clínica ou científica. Compromete-se, enquanto empresa de autoridade de saúde, em várias políticas e valores, entre elas destacam-se:

Integridade – através da honestidade e ética presentes em todas as ações e na preservação da integridade científica e da excelência profissional;

Humanização – pelo respeito pelo Ser Humano e pela dignidade de cada pessoa;

Reconhecimento – de cada pessoa como um membro pleno e igual da sociedade, com direito de participar ativamente na construção de um futuro comum;

Multidisciplinaridade – sendo o doente/utente um Ser Humano, que possui várias dimensões que perfazem um todo, o seu atendimento necessita também de um domínio de várias disciplinas ou de diferentes áreas do saber, refletindo-se numa preocupação maior com a saúde integral do indivíduo e resultando num tratamento e cuidar mais eficazes (Ministério da Saúde, 2016).

1.2. Unidade de AVC do Hospital Amato Lusitano

Antes do aparecimento e criação de unidades de internamento especializadas, a maioria dos doentes internados com o diagnóstico AVC eram encaminhados para serviços de medicina interna ou neurologia, sendo o tratamento e cuidados prestados orientados para a fase aguda, desvalorizando-se os cuidados de reabilitação e a promoção da autonomia. Os doentes internados pelos vários serviços acabavam por não usufruir dos cuidados e da intervenção multidisciplinar, sendo também essa situação uma das responsáveis pelo aumento da mortalidade e incapacidade desses doentes (DGS, 2001).

Deste modo a DGS publicou, em 2001, as recomendações para o desenvolvimento das Unidades de AVC, onde a expressão “unidade de AVC” é definida como um sistema de organização de cuidados prestados aos doentes com AVC numa área geograficamente definida em que, todos os doentes que entrem no hospital e sejam admitidos com esse diagnóstico e cumpram os critérios explícitos de admissão devem ser encaminhados para essas mesmas unidades.

As U-AVC têm como finalidade reduzir a incapacidade funcional e as sequelas pós AVC bem como facilitar e promover o retorno dos doentes ao seu ambiente familiar e social (DGS, 2001).

O acesso a essas unidades é reconhecido atualmente como o modo mais eficaz de tratar qualquer tipo de AVC, onde também são obtidos benefícios em relação ao tratamento realizado em serviços de internamento tradicionais (DGS, 2010). De acordo com a European Stroke Organisation [ESO] (2008) confirma-se uma redução na mortalidade, dependência e na necessidade de cuidados institucionais em doentes internados em unidades de AVC em comparação com os doentes tratados em enfermarias de agudos. Contudo, os cuidados prestados em unidades de AVC são mais dispendiosos que os realizados em serviços de medicina e neurologia, mas o internamento desses doentes em unidades especializadas, como as unidades de AVC, reduz os custos de internamento de cuidados pós agudos, associados a complicações e incapacidades resultantes do próprio AVC (ESO, 2008).

Uma U-AVC deve ser dotada de equipamentos e recursos humanos adequados, constituída por uma equipa multidisciplinar com experiência na patologia e proceder de forma padronizada de acordo com os protocolos definidos (DGS, 2010). Em relação aos recursos humanos é estimado que, para tratar 300 a 400 doentes por ano seja necessária uma equipa própria e multidisciplinar, à qual deve ser assegurada formação, composta por internistas,

neurologistas, fisiatra, fisioterapeuta e enfermeiros, de preferência com a especialidade de reabilitação (DGS, 2001).

No hospital da ULSCB, a U-AVC encontra-se situada no 7º piso, integrando o serviço de Medicina Interna e ocupando 10 camas, das quais, 4 camas são destinadas à fase aguda imediata, equipadas de monitores cardíacos por unidade de doente, mais duas enfermarias de 3 camas de cuidados pós-AVC, destinadas à fase de sequelas.

De acordo com as recomendações para o desenvolvimento das Unidades de AVC (DGS, 2001), os hospitais com elevado número de AVC devem ter critérios explícitos de admissão na unidade. Assim foram definidos pela Diretora Clínica e o Enfermeiro Chefe do serviço de Medicina Interna os critérios de inclusão e exclusão na Unidade de AVC, que podem ser observados na Figura 1. Se o doente apresentar critérios de inclusão é internado na Unidade, onde permanece nas primeiras 48 horas ou enquanto não estabilizar. Após as 48 horas de internamento quando o doente apresenta os parâmetros vitais dentro dos pretendidos e não haja agravamento neurológico há 24 horas, é então transferido para as camas de cuidados pós-AVC.

CrITÉRIOS de internamento	CrITÉRIOS de não internamento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doentes com diagnóstico principal de AVC, não sendo causado de forma imediata por outra doença aguda ou crónica agudizada, previamente com Escala de Rankin Modificada (Anexo A) até 2; ▪ Doentes com diagnóstico de AVC candidatos a terapêutica dirigida em fase aguda; ▪ Doentes com potencial de recuperação; ▪ Doentes com diagnóstico de Trombose Venosa Cerebral; ▪ Doentes com diagnóstico de AIT ou AIT de repetição; ▪ Doentes programados para intervenção neurovascular por Neurorradiologia. 	<p>Quando a unidade não responder às necessidades dos doentes ou quando estes não beneficiarem efetiva e significativamente com o internamento na mesma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A necessidade de ventilação invasiva; ▪ Doentes cujo prognóstico a curto prazo seja desfavorável; ▪ Doentes com comorbilidades médicas ou cirúrgicas graves ou não controladas; ▪ Doentes com doenças que afetam a esperança de vida ou com elevada dependência prévia; ▪ Doentes com prévia disfunção cognitiva grave;

Figura 1: Critérios de internamento na U-AVC da ULS de Castelo Branco

Fonte. Reproduzido com autorização do serviço de Medicina Interna da ULSCB (adaptado)

Os recursos físicos da U-AVC compreendem, além das 4 camas equipadas com monitor cardíaco, um balcão de vigilância com computador e impressora para registos informáticos e um pequeno armário de *stock* de material de uso comum da prática diária de enfermagem. Existe ainda material específico vocacionado para a prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação, como pesos dos membros inferiores para mobilizações ativas resistidas, produtos de apoio de marcha, uma pedaleira e material para reabilitação fina dos movimentos da mão, mas que é comum ao serviço de Medicina Interna e à U-AVC.

Estando inserida no serviço de Medicina Interna, existem estruturas físicas bem como materiais que são comuns aos dois serviços, especificamente os 3 sanitários, 2 casas de banho com chuveiro adaptadas para banho assistido com cadeira sanitária, bem como algum material que é necessário para a promoção do autocuidado higiene, como as cadeiras sanitárias, que são apenas 3.

Em relação aos recursos humanos, e no que se refere à equipa médica esta é exclusiva da unidade, mas apenas durante a semana e sem permanência 24 horas. Já a equipa de enfermagem não é uma equipa exclusiva. É a própria equipa de enfermagem do serviço de Medicina Interna que também assegura os cuidados de enfermagem prestados aos doentes na U-AVC, onde o enfermeiro responsável pelos doentes da unidade, a maior parte das vezes, tem também ao seu cuidado outros doentes internados no serviço de Medicina. A acrescenta à não exclusividade de uma equipa de enfermagem na U-AVC, existem apenas 2 enfermeiros especialistas de reabilitação, estando um em horário fixo e a realizar apenas cuidados de enfermagem de reabilitação para todo o serviço de Medicina Interna e outro, em horário rotativo mas na prestação de cuidados gerais. Deste modo os cuidados diferenciados aos doentes internados na U-AVC são realizados apenas quando são possíveis, associados à presença de escassos recursos de reabilitação e a regulamentos do serviço, interferindo assim com os cuidados de enfermagem de reabilitação.

2. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

A reabilitação é definida por Hesbeen (2003) como a ciência e arte da gestão dos obstáculos potenciadores de desvantagem. As suas múltiplas características fazem com que a arte de cuidar, e em especial a arte em enfermagem assumam um papel importante para o seu desenvolvimento e afirmação.

A enfermagem de reabilitação é uma área de intervenção da enfermagem que previne, recupera e reabilita as pessoas com doença súbita ou descompensação do processo crónico, que provoquem alterações funcionais ao nível motor, sensitivo, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, eliminação e da sexualidade, promovendo a maximização das capacidades funcionais das pessoas e potencializando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011b).

Definido pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, através do Regulamento nº 125/2011, encontram-se definidas as competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que visam cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do seu ciclo de vida, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrições de participação para a reinserção social e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Como afirmado por Hesbeen (2003), a reabilitação deve ser iniciada o mais cedo possível. A implementação de um plano de reabilitação deve ser iniciado entre as 48 a 72 horas após o início do AVC e deve ser assegurado por uma equipa de profissionais com diferentes experiências, personalidades e especializações, mas em particular, e segundo Menoita (2012), por enfermeiros especialista de reabilitação, uma vez que as suas intervenções são baseadas em conhecimentos fundamentados e em aptidões técnicas aperfeiçoadas. Para Gatens e Musto (2011, p. 560) “ (...) a reabilitação após o AVC assegura à maioria dos sobreviventes uma melhoria funcional. Um programa de reabilitação global elaborado especificamente para os compromissos cognitivos e físicos do doente pode facilitar o regresso a uma vida ...”.

2.1. O Doente com AVC

Segundo Menoita (2012) o AVC pode ser definido como uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que compromete parte do cérebro, resultando num conjunto de sintomas de deficiência neurológica, que perduram por um período superior a 24 horas.

Não existe ainda uma uniformidade na classificação do AVC, contudo as classificações mais utilizadas utilizam o critério etiológico para o definir em dois grupos: o AVC isquémico e o hemorrágico. O AVC isquémico é aquele que apresenta maior percentagem de casos, podendo ser considerado trombótico (obstrução de um vaso pela formação de uma placa de ateroma), embólico (oclusão arterial por um corpo estranho em circulação na corrente sanguínea e que se desloca até ao cérebro) ou lacunar (oclusão de pequenos vasos em determinadas áreas do cérebro produzindo pequenos enfartes, formando as lacunas) (Menoita, 2012).

Já o AVC hemorrágico é aquele que geralmente é o mais grave, apresentando uma taxa de mortalidade de 50%, podendo ser definido por um extravasamento de sangue no tecido cerebral, provocado por uma rotura vascular. A natureza hemorrágica pode ser associada a uma hemorragia intracerebral, parenquimatosa ou subaracnoideia (Menoita, 2012; Gatens & Musto, 2011).

Pode também ocorrer um acidente isquémico transitório (AIT), quando a pessoa apresenta défices neurológicos não superiores a 24 horas, geralmente provocados pela libertação de um coágulo com origem numa placa aterosclerótica, impedido o fluxo sanguíneo constante por um curto período de tempo antes de se desfazer (Gatens & Musto, 2011).

Segundo a AHA/ASA (2013), depois de vários anos a ser a terceira causa de morte nos Estados Unidos da América, o AVC em 2008 reduziu a sua posição. Em Portugal, também se tem assistido ao longo dos anos a uma melhoria global de todos os indicadores sobre as doenças cerebrovasculares, com uma redução da sua taxa de mortalidade (DGS, 2016), contudo as doenças cérebro-cardiovasculares, onde se inclui o AVC, ainda são consideradas umas das principais causas de mortalidade e incapacidade (Menoita, 2012 e DGS, 2010).

Para a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC, 2011), os fatores de risco do AVC podem ser definidos em três categorias: fatores de risco definidos e não modificáveis, fatores de risco modificáveis e bem documentados e fatores de risco potencialmente modificáveis e menos bem documentados, como podem ser visualizados na Figura 2. Destes destacam-se os fatores de risco modificáveis que, tal como o próprio nome

indica, podem ser modificados por intervenção, reduzindo a probabilidade de doença (SPAVC, 2011).

O conhecimento dos fatores de risco, a promoção de saúde com medidas de educação para a saúde através da modificação de estilo de vida e hábitos alimentares, bem como a vigilância e controlo da hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) e dislipidémias, são as principais medidas para combater o problema da elevada incidência de AVC em Portugal (DGS, 2010).

Fatores de risco definidos e não modificáveis	Idade, sexo, raça, origem geográfica, baixo peso ao nascer e fatores genéticos;
Fatores de risco modificáveis e bem documentados	HTA, tabagismo, DM, dislipidémia, fibrilhação auricular (FA), estenose da carótida, AIT ou AVC prévio, doença de células falciformes, álcool, obesidade e distribuição abdominal da gordura corporal, sedentarismo, nutrição e dieta e terapia hormonal de substituição;
Fatores de risco potencialmente modificáveis e menos bem documentados	Síndrome metabólica, contraceptivos orais, gravidez, consumo de drogas, síndrome da apneia de sono, enxaqueca, hiperhomocisteinémia ou hiperhomocistinémia, lipoproteína(a), razão Apo B/Apo A1 e lipoproteína associada à fosfolipase A2, outras alterações hematológicas com risco potencial de AVC, outras cardiopatias e embolismo aórtico, outras arteriopatias, inflamação e infeção;

Figura 2: Fatores de risco do AVC

Fonte: Sociedade Portuguesa do AVC (2011)

Para a maioria dos autores, o risco de AVC aumento em pessoas do sexo masculino, com idade igual ou superior a 65 anos e de raça negra. Já em relação aos fatores de risco modificáveis a HTA é considerada o maior fator de risco mas todos os outros fatores aumentam significativamente o risco de AVC (Menoita, 2012; Gatens & Musto, 2011 e SPAVC, 2011).

Atualmente o AVC é considerado uma emergência, envolvendo uma atuação rápida, num tempo preciso e respeitando os procedimentos sistematizados (DGS, 2010). Para que o doente chegue o mais rapidamente possível à unidade hospitalar é fundamental reconhecer os sinais de alerta do AVC, ou seja, os 3 F's: desvio da face, dificuldade na fala e falta de força no braço (SPAVC, 2016) e saber que imediatamente deve solicitar ajuda para o número de

emergência médica. As manifestações neurológicas do AVC vão sempre depender do local do encéfalo, rapidez do começo, tamanho da lesão e da presença ou não de circulação colateral. As manifestações associadas às lesões no hemisfério esquerdo podem ser a paresia ou plegia contralateral, comportamento cauteloso e défices cognitivos. Já as manifestações associadas a lesões no hemisfério direito incluem paresia ou plegia contralateral, défices espaço-percetuais, comportamentos impulsivos e também défices cognitivos (Gatens & Musto, 2011).

O problema com a identificação precoce de um AVC é que muitos dos seus sinais e sintomas são vagos e idênticos a outros problemas (Gatens & Musto, 2011) mas também a própria negação da doença e esperança na resolução dos sintomas, faz com que as pessoas ignorem a emergência do mesmo (ESO, 2008).

De modo a reduzir o tempo entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento, foi criada a Via Verde do AVC, como uma estratégia organizada para abordagem, encaminhamento e tratamento adequado do mesmo (Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2016). Aliado ao reconhecimento dos sintomas, ao breve encaminhamento para a unidade hospitalar e à inclusão de terapêutica fibrinolítica e trombolítica endovascular no AVC isquémico, foram também criadas as Unidades de AVC, que têm demonstrado mais ganhos em saúde, nomeadamente numa redução da mortalidade e incapacidade (DGS, 2010 e 2001). Contudo apesar da melhoria dos cuidados de saúde prestados e na prontidão da assistência, apenas uma percentagem pequena de doentes com AVC recebe tratamento com fibrinólise e uma grande maioria mantém os défices funcionais (AHA/ASA, 2016).

2.2. Tratamento e Cuidados Gerais ao Doente com AVC

O tratamento dos doentes com AVC tem como objetivos a redução dos défices neurológicos e das complicações associadas e a melhoria das capacidades funcionais (Gatens & Musto, 2011) e assim, sempre que possível, na fase aguda da doença os doentes devem ser tratados numa unidade especializada tendo associados cuidados de reabilitação (DGS, 2010). De acordo com o definido pela ESO (2008), o tratamento deve centrar-se em estratégias terapêuticas que visem a estabilização do doente, de modo a controlar possíveis problemas que possam afetar a recuperação do mesmo, devendo incluir cuidados respiratórios e

cardíacos, controlo metabólico e dos fluídos, controlo da pressão arterial (PA) e a prevenção e tratamento de outras complicações.

Deve ser feita uma avaliação médica e diagnóstica, que inclua estudo de tomografia axial computadorizada (TAC) ou imagem por ressonância magnética (RMN), de modo a identificar o tipo de AVC e a sua localização (ESO, 2008). No caso de AVC isquémico e se os doentes tiverem critérios de seleção deve ser realizada fibrinólise através da administração de um ativador plasminogénio tecidular recombinante (rt-PA) (Alteplase®), que deve ser apenas administrado num período até 3 horas a partir do início dos sintomas, devido ao risco elevado de hemorragia e outras complicações (Gatens & Musto, 2011 e DGS, 2010). As recomendações mais recentes da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde [INFARMED] (2014) alargaram os critérios de administração de tratamento com fibrinólise para uma janela terapêutica até 4h30 após o início dos sintomas. Na Figura 3 sintetizam-se os critérios para a realização de fibrinólise nos doentes com AVC isquémico, dos quais se destacam a monitorização dos sinais vitais e a avaliação do estado neurológico dos doentes através da National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), como os aspetos da inteira responsabilidade e os que mais importam à enfermagem.

- Idade: entre os 18 e os 80 anos;
- Tempo: < 4h30;
- TAC sem evidência de hemorragia;
- PA \leq 185/110 mmhg (sem medidas agressivas);
- Ausência de regressão rápida dos sintomas de AVC menor;
- Ausência de sintomas sugestivos de HSA;
- Ausência de convulsões na instalação do AVC;
- Ausência de AVC ou TCE nos últimos 3 meses;
- Ausência de cirurgia nos últimos 14 dias;
- Ausência de história de HIC;
- Ausência de hemorragia gastrointestinal ou urinária ativa;
- Ausência de punções arteriais em locais não suscetíveis a compressão inferior a 7 dias;
- INR < 1,7;
- APTT normal se recebeu heparina há menos de 48 horas;
- Plaquetas \geq 100000/mm³;
- Glicémia capilar entre 50 e 400 mg/dl;

Não se recomenda o tratamento:

- Pontuação na Escala NIHSS > 25, exceto na oclusão aguda da artéria basilar;
- TAC com edema cerebral ou efeito de massa;
- TAC com sinais precoces de enfarte > 33% do território da artéria cerebral média;

Contraindicações:

- Discrasia hemorrágica;

- Anticoagulação oral;
- Lesões do SNC (neoplasias, aneurismas, cirurgias, MAV);
- Retinopatia hemorrágica;
- Punção recente de vaso sanguíneo não compressível;
- Endocardite e pericardite;
- Massagem cardíaca há menos de 10 dias;
- Pancreatite aguda;
- Úlcera gastrointestinal, varizes esofágicas, aneurismas e doença hepática grave;
- Neoplasias com risco aumentado de hemorragia;

Figura 3: Critérios de seleção para realização de fibrinólise

Fonte: DGS, 2010 (adaptado)

Além da fibrinólise, outros tratamentos e intervenções endovasculares, como a trombólise e a trombectomia por via intra-arterial, são atual e frequentemente realizados, sendo considerados pela AHA/ASA (2013) estratégias primárias de reperfusão cerebral. Apresentam benefícios sobretudo na oclusão da artéria cerebral média, podendo ser utilizados até 6 horas após o início dos sintomas (DGS, 2010). Em Portugal, estes tratamentos apenas são realizados em centros de referência com experiência em neuro intervenção, sendo a sua realização limitada sobretudo às áreas geográficas envolvidas pelos grandes centros hospitalares (DGS, 2010).

Segundo a DGS (2010), durante a fase aguda do AVC, a intervenção da equipa de saúde passa pela manutenção dos sinais vitais dos doentes, do seu estado neurológico e pela prevenção de complicações, como as pneumonias de aspiração, infeções urinárias, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, que são também as principais responsáveis pela mortalidade associada ao AVC.

Assim, é recomendado o repouso no leito nas primeiras 24 horas podendo prolongar-se até às 72 horas, dependendo do estado clínico; a monitorização contínua do pulso, PA e saturação de O₂ nas primeiras 72 horas e a avaliação do estado neurológico e estado de consciência. As mobilizações precoces no leito e o posicionamento correto dos doentes, com a cabeceira da cama a 30°, em padrão antiespástico e com alternância de decúbitos a cada 2/3 horas deve ser uma preocupação constante. Deve ser também promovida uma adequada ventilação e permeabilidade da via aérea, adquirindo este cuidado especial importância no contexto de isquémia cerebral aguda, sendo recomendado a administração de oxigenoterapia para saturações periféricas abaixo dos 95%. Alguns doentes apresentam um défice na alimentação e hidratação associado a disfagia ou até mesmo por alteração do estado de

consciência, sendo importante também a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico e a avaliação da deglutição (DGS, 2010 e ESO, 2008).

Para a avaliação do estado de consciência do doente com AVC, a Escala de Coma de Glasgow é a mais utilizada na prática clínica, uma vez que quantifica o estado de consciência em três parâmetros numa score que vai de 3 a 15 (Menoita, 2012). Contudo, e de acordo com um estudo de Weir, Bradford e Lees (2003), o parâmetro da escala que avalia a resposta verbal pode suscitar erro na avaliação da consciência do doente com AVC, dado que se um doente apresentar uma alteração na linguagem, como afasia ou disartria, diminui a pontuação da escala, independentemente do nível de consciência, tornando-se assim importante e fundamental associar à avaliação do estado de consciência a avaliação neurológica.

Existem várias escalas de avaliação neurológica, sendo que algumas delas são dirigidas especificamente para os doentes com AVC, nomeadamente a Escala NIHSS (Anexo B). A NIHSS é uma escala validada e traduzida para português, que avalia quantitativamente o AVC quanto à consciência, movimentos oculares, campo visual, força muscular, ataxia, perda sensitiva, linguagem, disartria e negligência hemiespacial (Woten, 2016 e Menoita, 2012), sendo indicativo de uma maior incapacidade funcional quanto maior o score da escala. Na prática, é geralmente utilizada para uma monitorização mais intensiva dos doentes com alterações progressivas dos défices neurológicos e de alterações de estado de consciência, doentes com história de doenças cardiovasculares e recomendada também na avaliação neurológica após terapêutica fibrinolítica com rt-PA, nas primeiras 24 horas (ESO, 2008).

2.3. Reabilitação do Doente com AVC: focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem de reabilitação

Mesmo com os avanços no tratamento e reabilitação de doentes após um AVC, nomeadamente com a criação de unidades de AVC, com o uso de terapêutica fibrinolítica, com os sistemas de cuidados coordenados e cuidados de enfermagem realizados por enfermeiros treinados e especializados, muitos dos doentes com AVC ainda apresentam níveis de incapacidade que os impede de realizar as atividades básicas da vida diária de forma independente (López-Espuela et al., 2016).

Na sua atuação, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) devem ter presentes as suas competências, que se encontram definidas no Regulamento das

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº 125/2011), e que visam a avaliação da pessoa, a importância do treino das atividades de vida diária (AVD) na maximização da autonomia e da qualidade de vida e a maximização das capacidades funcionais.

Sendo a reabilitação um processo complexo que necessita de uma abordagem do cuidar multidisciplinar e interdisciplinar (Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011), uma avaliação completa dos doentes é fundamental para a criação de um plano de cuidados de reabilitação centrado no doente, sendo a avaliação da funcionalidade uma etapa central para o planeamento e execução desses cuidados. A avaliação funcional dos doentes com AVC é importante para a associação dos resultados de avaliação com o plano de cuidados, tendo também influência direta nos diagnósticos e intervenções de enfermagem (Kelly-Hayes & Phipps, 2011). A funcionalidade, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), pode ser definida pelos aspetos positivos e negativos da interação entre uma pessoa, com uma determinada condição de saúde, e os seus fatores ambientais ou pessoais, através da atividade e da participação (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004).

Definido pela DGS (2011a) na Norma nº 54/2011 e pela AHA/ASA (2016) nas Diretrizes para a Reabilitação e Recuperação do AVC em adultos, a avaliação funcional nos doentes com AVC deve ser efetuada o mais precocemente possível e de preferência nas primeiras 24 a 48 horas, sendo preferencialmente realizada por um profissional especializado em reabilitação.

Existem vários instrumentos de avaliação para determinar a funcionalidade que variam entre si em relação aos parâmetros que são avaliados, podendo ser a mobilidade, tarefas funcionais discretas, capacidade para realizar atividades de autocuidado ou até mesmo abordar conceitos de qualidade de vida mais definidos (Kelly-Hayes & Phipps, 2011 e Latham, Liu & Jette, 2009), sendo o Índice de Barthel (Anexo C) uma das escalas mais utilizados nos doentes com AVC, que será abordado no capítulo “Processo de Avaliação e Controlo”.

De acordo com a AHA/ASA (2016), entre 2000 e 2010, a taxa relativa de AVC nos Estados Unidos caiu 35,8% tal como a taxa de mortalidade, esta associada à criação de U-AVC, à melhoria da prestação de cuidados e à introdução de terapêuticas fibrinolíticas. Ainda assim, muitos dos doentes com AVC permanecem com défices funcionais residuais, sendo a sua reabilitação uma necessidade fundamental que, de acordo com a mesma fonte, deverá fazer parte do *continuum* dos cuidados. As manifestações de um AVC não são iguais em

todos os doentes, dependendo de vários fatores, como a localização e a etiologia, contudo o objetivo final do tratamento é sempre o mesmo: a diminuição das sequelas e o rápido regresso à vida na comunidade (Latham et al., 2009).

De acordo com Cancela (2008) (citado por Menoita, 2012) a reabilitação do doente com AVC vai depender da reabilitação neuropsicológica que recupera ou estimula as capacidades funcionais e cognitivas do doente, através da restituição e da substituição ou compensação da função.

Além da terapia de restrição, outros modelos são também usados na reabilitação dos doentes com AVC, nomeadamente o modelo de neuro desenvolvimento de Bobath, que define que o mecanismo de controlo postural é a base para a realização dos movimentos voluntários e que depende de várias respostas motoras adquiridas na infância, como o rolar, sentar, manter a posição ortostática e a marcha (Menoita, 2012). Os doentes com hemiplegia não têm controlo sobre o seu sistema neuromuscular e para que se estabeleça o controlo da função motora é necessário que seja reeducado o mecanismo corporal.

Independentemente da localização ou do tipo de AVC, as manifestações clínicas apresentam sempre algum compromisso motor, cognitivo ou perçetossensorial, sendo fundamental de acordo com Hoeman et al. (2011) que a recuperação e reabilitação dos doentes sejam centradas na promoção da mobilidade e no treino das atividades de autocuidado.

Os doentes com AVC podem apresentar várias alterações e manifestações clínicas, contudo as mais frequentes, e usando a terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] versão 2 (OE, 2011) são: as alterações da mobilidade, deglutição comprometida, incontinência urinária, comunicação comprometida e défice no autocuidado.

2.3.1. Alterações da mobilidade

Segundo as *guidelines* da ESO (2008), muitas das complicações do AVC estão relacionadas com a imobilidade, fazendo da mobilização precoce uma componente fundamental da reabilitação desses doentes. Desde Johnstone (1979) até outros autores mais recentes (Menoita, 2012 e DGS, 2010), todos sublinham a importância da realização de um programa de reabilitação motora, salientando o seu contributo para o:

- Readquirir o esquema corporal;
- Exercitar mecanismos de reflexo postural;
- Estimular a sensibilidade propriocetiva;
- Inibir a espasticidade;
- Facilitar as atividades terapêuticas no leito;
- Melhorar o equilíbrio;
- Preparar os doentes para a posição de sentados e posição ortostática.

Segundo Menoita (2012), as alterações da mobilidade nos doentes com AVC estão relacionadas com alterações da força muscular e tônus, do mecanismo de controlo postural e da sensibilidade. Já as *guidelines* da AHA/ASA (2016) referem que as alterações da força muscular, do tônus e sensoriais podem provocar nos doentes com AVC um risco elevado de aparecimento de contraturas musculares e alterações na integridade cutânea. Assim no foco das alterações da mobilidade vão ser incluídas as alterações da força muscular, do tônus, do equilíbrio corporal e marcha, as alterações sensoriais, a prevenção da integridade cutânea e a dor, associada ao ombro doloroso.

Alterações do tônus muscular

Logo após um AVC, o hemicorpo afetado pode apresentar um estado de flacidez que pode permanecer durante horas ou dias e que na maioria das vezes é seguido por um quadro de hipertonía, desenvolvendo um quadro espástico, conhecido também com atitude de Wernicke-Mann, envolvendo os músculos anti gravíticos flexores dos membros superiores e os músculos extensores dos membros inferiores (Menoita, 2012 e DGS, 2010).

O posicionamento correto dos doentes, deitados ou na posição de sentados, a realização de exercícios de mobilidade, o levante e a marcha, devem ter com objetivo, entre outros, contrariar o padrão espástico. O posicionamento terapêutico dos doentes, em padrão antiespástico, deve torna-se num hábito de vida e estar presente nas 24 horas do dia (AHA/ASA, 2016; Menoita, 2012 e DGS, 2010). Conforme pode ser observado na Figura 4, o posicionamento dos doentes com AVC deve prevenir o padrão espástico, contrariando assim a espasticidade comum nestes doentes.

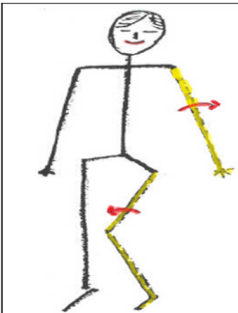
	Cabeça	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alinhar com o corpo; ▪ Rodar para o lado afetado; ▪ Inclinar ligeiramente para o lado são;
	Tronco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manter o alinhamento corporal;
	Membro superior	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevação do ombro; ▪ Rotação externa e abdução da articulação escapulo-umeral; ▪ Extensão do cotovelo e supinação do antebraço; ▪ Extensão do punho; ▪ Extensão e abdução dos dedos;
	Bacia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Báscula posterior (projeção para a frente);
	Membro inferior	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ligeira flexão e rotação interna da articulação coxofemoral; ▪ Ligeira flexão do joelho; ▪ Eversão do pé;

Figura 4: Padrão antiespástico

Fonte: DGS, 2010 (adaptado)

Os decúbitos mais recomendados para os doentes com AVC são os decúbitos laterais e dorsal, sendo o último aquele que mais favorece a espasticidade, devendo apenas ser utilizado durante a alimentação. O decúbito lateral para o lado não afetado e o lateral para o lado afetado, são os posicionamentos preferenciais. Dentro destes, o decúbito lateral para o lado afetado é recomendado por não agravar o padrão espástico e estimular o tônus muscular e a proprioceção (Menoita, 2012; Hoeman et al., 2011 e DGS, 2010). Ainda assim estes posicionamentos servem de recomendação, contudo têm que ser adaptados à situação específica de cada doente e/ou à presença de comorbilidades.

Alteração da força muscular

As alterações da força muscular são comuns nos doentes com AVC e estão relacionadas com outras alterações sensoriomotoras como a alteração do tônus muscular, do mecanismo de controlo postural e da sensibilidade que comprometem a mobilidade. Destes compromissos, a hemiparesia e hemiplegia são as manifestações motoras mais frequentes (DGS, 2010). Essas alterações vão provocar perdas dos padrões de movimento do hemicorpo afetado e padrões inadequados do lado não afetado (Menoita, 2012).

Assim, intervenções terapêuticas para melhorar a força muscular e a mobilidade são um dos princípios fundamentais da prática da enfermagem de reabilitação (Hoeman et al., 2011), sendo por isso fundamental a avaliação da força muscular. Existem vários instrumentos, que os EEER podem utilizar, para avaliar a força muscular, sendo a Escala de Avaliação da Força muscular do Medical Research Council (1976) um dos mais usados.

Os Programas de mobilizações promovem a integridade das estruturas articulares, mantêm a amplitude dos movimentos, evitam contraturas e melhoram a imagem psico-sensorial e psico-motora dos doentes (Menoita, 2012), devendo por isso ser iniciados numa fase precoce, logo que os mesmos se apresentem hemodinamicamente estáveis, através de mobilizações passivas. Mesmo que o doente apresente hemiplegia e não tenha força muscular para realizar o movimento, o mesmo deve pensar e visualizar o movimento realizado (Menoita, 2012 e DGS, 2010). Antes de iniciar o plano de mobilizações, os enfermeiros de reabilitação devem explicar os exercícios que vão realizar e garantir que os doentes se encontram numa posição confortável. Devem ser realizados 2 a 3 vezes por dia, com 10 repetições por cada movimento, efetuados do segmento distal para o proximal, tendo sempre presente o limite de dor, fadiga e tolerância do doente. As mobilizações devem centrar-se no hemicorpo plégico, ou seja, aquele que apresenta alteração da força e do tónus muscular, contudo o hemicorpo não afetado também pode ser mobilizado, de modo a reduzir o risco de aparecimento de lesões musculares e osteoarticulares (AHA/ASA, 2016; Menoita, 2012 e DGS, 2010).

Para além das mobilizações passivas, existem outras atividades e exercícios terapêuticos que devem ser realizados com os doentes com AVC, como os rolamentos, a rotação controlada da articulação coxofemoral, o exercício da ponte, a facilitação cruzada e as auto-mobilizações do membro superior, conforme apresentado na Figura 5.

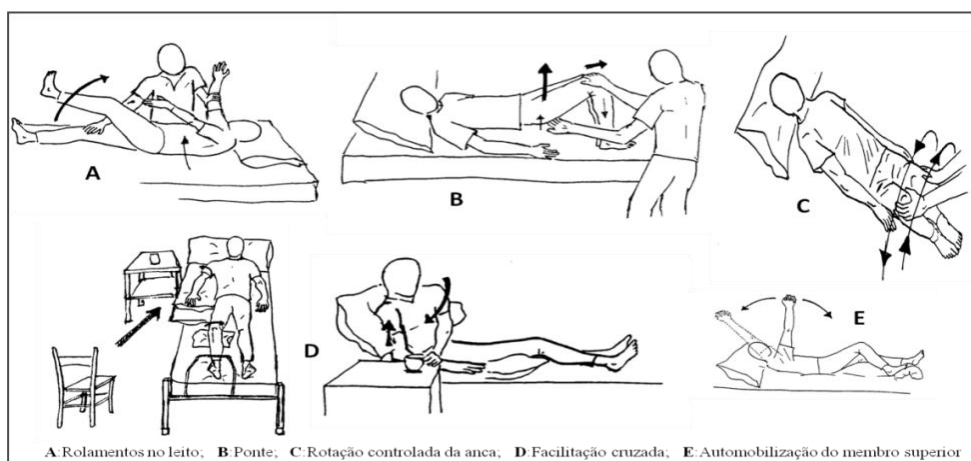


Figura 5: Exercícios Terapêuticos

Fonte: World Health Organization, 1999 (adaptado)

De acordo com Menoita (2012) e DGS (2010), os rolamentos no leito devem ser dos primeiros exercícios a realizar com os doentes com AVC, uma vez que também são os movimentos que a pessoa inicia de forma espontânea para se virar no leito. A sua realização estimula a ação voluntária dos músculos do tronco, a sensibilidade postural, reeduca o reflexo postural e o esquema corporal e permite também aos doentes adquirir maior independência no leito, devendo ser realizados para o lado afetado e para o lado não afetado.

A atividade terapêutica da ponte, segundo Menoita (2012), apresenta um papel fundamental no treino dos doentes para passarem da posição de sentados à posição ortostática. A mesma promove a facilitação da elevação da bacia, ativa a musculatura do tronco do lado afetado e estimula a sensibilidade postural, podendo ser realizada para a colocação da arrastadeira. Em alternativa a esta atividade terapêutica, e para as pessoas com patologia cardíaca, pode ser realizada a rotação controlada da articulação coxofemoral.

O exercício terapêutico de auto-mobilização do membro superior é uma atividade terapêutica bilateral, que pode ser realizada pelos doentes, tanto na posição de deitados como sentados. Este exercício ajuda os mesmos a tomar consciência da mão e braço afetados como parte integrante do seu corpo, ao mesmo tempo que mantém o membro superior em padrão anti espástico (Menoita, 2012). Os EEER devem ajudar os doentes a entrelaçar corretamente as mãos (o polegar não afetado sobre o polegar afetado) e na fase inicial ajudar a manter a extensão do cotovelo (DGS, 2010).

Alteração do equilíbrio corporal

O equilíbrio corporal comprometido e as alterações no controlo postural, associados às alterações sensoriomotoras, são manifestações comuns nos doentes que sofreram um AVC, impedindo os mesmos de apresentarem postura e movimentos normais, que dificultam e são essenciais para a realização em segurança das AVD (AHA/ASA, 2016 e Menoita, 2012).

Estas alterações no equilíbrio corporal podem provocar uma fraca confiança no equilíbrio dos doentes com AVC, que terá como consequências uma redução da atividade e aumento dos problemas inerentes à imobilidade, contribuindo também para o aumento do risco de queda (AHA/ASA, 2016).

A maioria das quedas, nos doentes com AVC, que ocorrem durante o seu internamento está associada às transferências e à tentativa de atividades sem qualquer supervisão ou apoio (AHA/ASA, 2016), sendo fundamental a sua avaliação e prevenção. Existem várias escalas de

avaliação tanto para o risco de queda como para o equilíbrio corporal, entre elas referimos o Índice de Tinetti, para a avaliação do equilíbrio corporal, e a Escala de Risco de Queda de Downton, que irão ser abordadas no capítulo “Processo de avaliação e controlo”.

A técnica da facilitação cruzada é uma das atividades que pode ser utilizada na reeducação do novo esquema corporal, inibindo também a espasticidade do hemicorpo afetado (DGS, 2010). Tem como objetivos estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e a sensibilidade postural e reeducar o reflexo postural e o esquema corporal (Menoita, 2012), através do trabalho /estimulação sobre o lado afetado para além da linha média do corpo, de forma a iniciar as atividades de recuperação bilateral.

Para criar e promover um estímulo sistemático, é essencial que os doentes com AVC sejam abordados e tocados pelo lado afetado e que a disposição do quarto/unidade também contribua para esse estímulo, salvo se os doentes apresentarem negligência unilateral. Deste modo, todos os elementos e objetos utilizados (cama, mesa de cabeceira, cadeira) devem estar no lado do hemicorpo afetado, promovendo assim uma constante estimulação do mesmo e consequentemente a sua consciencialização (Menoita, 2012 e DGS, 2010).

Assim que a situação clínica dos doentes se encontrar estabilizada, o levante deve ser incluído no programa de reabilitação e associado a uma avaliação e treino do equilíbrio, tanto sentado como ortostático. Os exercícios para o treino de equilíbrio visam reeducar o mecanismo reflexo-postural, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e preparar para a marcha (Menoita, 2012 e World Health Organization [WHO], 1999).

O levante nos doentes com AVC deve ser realizado como a abordagem ao mesmo, ou seja, pelo lado afetado, exceto nos casos de negligência unilateral como já foi referido. Após o levante, e durante o tempo em que os doentes se encontram sentados na cama, mantendo as mãos de lado, com os pés apoiados no chão, é avaliado o equilíbrio estático sentado. Para a avaliação e treino do equilíbrio sentado dinâmico, os EEER provocam ligeiro balanço no tronco dos doentes, de modo a estes compensarem o movimento e recuperarem o equilíbrio (Menoita, 2012).

A transferência dos doentes com AVC da cama para a cadeira ou o cadeirão pode ser realizada com ajuda total, parcial ou sem ajuda, dependendo da lesão e do estado do doente (Menoita, 2012). Inicialmente a transferência poderá ser uma atividade passiva-ativa, com apoio e intervenção dos enfermeiros de reabilitação mas com o treino e reeducação do equilíbrio corporal, a ajuda deverá ser cada vez menor no sentido de promover a autonomia

do doente. Na Figura 6 é exemplificada a técnica correta da transferência, com ajuda total ou parcial do EEER de um doente com AVC.

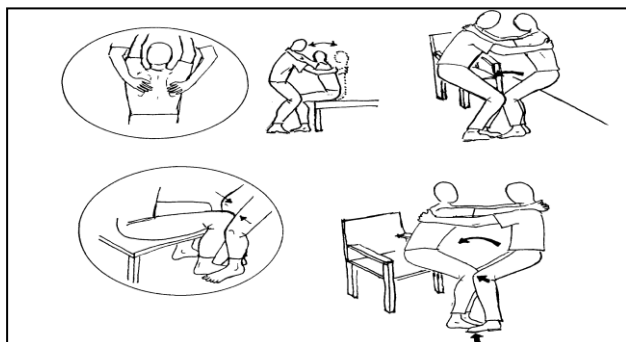


Figura 6: Técnica do levantar e da transferência

Fonte: WHO, 1999, p. 21 (adaptado)

A transferência dos doentes com AVC deve seguir uma sequência de atividades (rolar – apoiar – sentar - transferir) realizadas pelos doentes e auxiliadas pelos EEER: no rolamento para o lado afetado, no apoio sobre o ombro do lado afetado, no sentar à beira da cama, e na transferência em si para a cadeira (Menoita, 2012; DGS, 2010 e WHO, 1999).

Quando os doentes estiverem sentados, devem adotar uma posição correta e confortável e de preferência em padrão antiespástico, com os pés bem assentes no chão e com o membro superior do lado afetado em abdução, extensão e supinação apoiado sobre uma superfície de trabalho, que deverá ser transparente de modo a permitir a visualização do hemisfério afetado e facilitando assim a sua integração no esquema mental (Menoita, 2012 e DGS, 2010).

Alteração da marcha

Após o levantar para o cadeirão, o treino de marcha pode ser iniciado logo que os doentes apresentem estabilidade física, como manterem-se em equilíbrio em posição sentada e ortostática e tomarem consciência do seu corpo (Hoeman et al., 2011). A marcha é uma meta funcional para os doentes com AVC e o seu treino tem como objetivos readquirir o padrão automático perdido e promover a independência ao nível da locomoção (Menoita, 2012).

Para Menoita (2012) e DGS (2010), o treino de marcha deve inicialmente ser realizado durante curtos e frequentes períodos de tempo. Nos primeiros dias, o mesmo deve ser

assistido pelos EEER, que apoiam lateralmente os doentes no seu lado afetado, como pode ser observado na Figura 7, denominando-se esta intervenção de treino de marcha controlada.

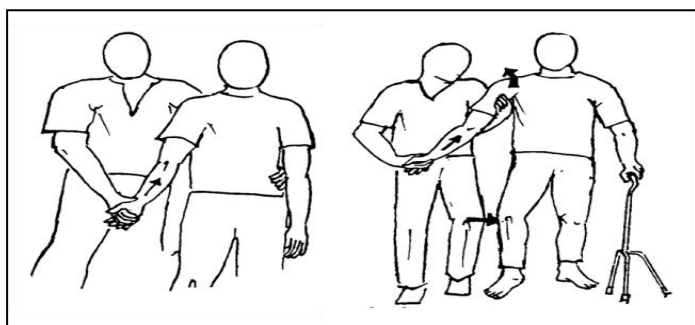


Figura 7: Treino de marcha

Fonte: WHO, 1999 (adaptado)

Para a realização do treino de marcha controlada, os EEER devem segurar a mão afetada do doente com a sua mão do mesmo lado, exercendo pressão de modo a elevar ligeiramente o ombro afetado, ficando o membro superior em posição antiespástica com o ombro em rotação externa, o cotovelo em extensão, o punho em dorsiflexão e os dedos em extensão. E logo que os doentes com AVC recuperem alguma força e confiança, podem ser utilizados auxiliares de marcha, como o andarilho, a bengala de 3 ou 4 pés ou apenas uma bengala simples (DGS, 2010).

Dor: ombro doloroso

A síndrome do ombro doloroso é considerada uma das complicações mais frequentes nos doentes que sofrem um AVC, em especial os que apresentam alteração funcional do membro superior (ESO,2008). De acordo com Olson (2011), após um AVC, e associado à perda do tônus e função, a integridade do ombro e das suas estruturas fica comprometida, sendo provável que a maioria dos doentes apresente algum grau de subluxação do ombro.

A presença de dor, limitação dos movimentos, alteração no desempenho das AVD e recuperação reduzida da função do braço, são sinais sugestivos de que o doente pode estar a desenvolver uma subluxação do ombro, uma síndrome ombro-mão ou uma periartrite

escapulo-umeral, sendo situações que condicionam e interferem com o programa de reabilitação (Olson, 2011 e DGS, 2010).

De acordo com as últimas recomendações da AHA/ASA (2016) as intervenções para prevenir o aparecimento e tratamento do ombro doloroso em doentes com hemiplegia visam um bom posicionamento, a manutenção da amplitude de movimento e uma reabilitação motora. Assim o posicionamento do doente em padrão antiespástico, sobretudo a promoção da rotação externa do ombro afetado, quer no leito quer na posição de sentado; a realização de exercícios de mobilização em todos os segmentos do membro superior; a não tração do membro superior durante os posicionamentos e transferências, recorrendo para o efeito à utilização do resguardo e a introdução de terapêutica analgésica, em casos de dor intensa, são formas de prevenir a situação ou de atenuar os seus sintomas (AHA/ASA, 2016 e DGS, 2010).

Com frequência é ainda utilizada a estimulação elétrica e a utilização de ortóteses para a imobilização do ombro, contudo apesar de benéficas ainda não foi comprovada a sua eficácia (AHA/ASA, 2016).

Alterações sensoriais: Negligência Hemiespacial Unilateral

Para Duchene (2011) muitos dos problemas neurológicos além de afetarem os padrões motores também afetam os padrões sensoriais.

Sendo o hemisfério direito do cérebro dominante para as capacidades visuo-espaciais, como a memória não-verbal, a criatividade, as relações espaciais e a perceção, uma lesão nesse hemisfério pode manifestar-se numa total indiferença aos estímulos apresentados no lado esquerdo do corpo, denominada de negligência hemiespacial unilateral ou *neglect* (Menoita, 2012).

A negligência unilateral é um sintoma associado a lesões no córtex parietal direito, caracterizada por uma alteração da atenção em relação à metade esquerda do espaço que rodeia os doentes, de objetos ou da metade do seu corpo à esquerda (Varanda & Rodrigues, 2016).

O *neglect* prejudica a capacidade dos doentes de participarem na sua reabilitação, sendo um fator desfavorável à sua recuperação e à independência funcional (AHA/ASA, 2016 e Menoita, 2012).

De acordo com Varanda e Rodrigues (2016), a avaliação de alterações da percepção pelos EEER é fundamental, de modo a promover a reintegração do esquema corporal dos doentes e assim avançar na sua recuperação. Inserido no documento “Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação” produzido pela Ordem dos Enfermeiros, surge o instrumento *Catherine Bergego Scale*, para avaliação do esquecimento unilateral, que avalia em 10 itens de observação direta a heminegligência e anosognosia, mas que ainda não se encontra traduzido nem validado para a população portuguesa (OE, 2016).

Na fase aguda, os doentes com negligência unilateral devem ser sempre abordados pelo lado não afetado ou de frente, bem como os seus objetos pessoais, mesa-de-cabeceira e campainha também devem estar desse lado, evitando assim sentimentos de insegurança, confusão, isolamento e medo. E, à medida que os doentes se forem adaptando à sua nova situação, a abordagem deve passar a ser feita pelo lado afetado, mas anunciando sempre a nossa presença (Menoita, 2012; Duchene, 2011; DGS, 2010 e WHO, 1999).

De modo a promover a estimulação sensorial, os EEER devem recorrer a *inputs* verbais, através de dicas/pistas auditiva; *inputs* visuais, através da presença de um espelho colocado à frente da pessoa e *inputs* sensitivos, através do recurso à estimulação/pressão leve e profunda (Johnstone, 1979 e WHO, 1999).

O reforço da consciência proprioceptiva do lado afetado e a sua reintrodução no esquema corporal são também fundamentais, através da estimulação tátil e térmica com a aplicação de creme e loções perfumadas nos membros afetados, incentivando também os doentes a olharem, nomearem e tocarem no seu hemicorpo afetado (Menoita, 2012; Duchene, 2011; DGS, 2010 e WHO, 1999).

Integridade cutânea comprometida

Segundo a Orientação da DGS nº 17/2011 (DGS, 2011b), as úlceras de pressão (UP) são consideradas um problema de saúde pública e um indicador de qualidade dos cuidados prestados. Os múltiplos fatores de risco e a fisiopatologia associados às UP tornam a sua prevenção num desafio (Menoita, 2012) e, identificar os doentes com maior risco de desenvolver UP e os fatores de risco inerentes, através da utilização de escalas de avaliação de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental para planear e implementar medidas para a sua prevenção e tratamento.

A Escala de Braden é o instrumento de avaliação recomendado para avaliar o risco de desenvolver UP, sendo aquela que apresenta maior fiabilidade, aceitabilidade, segurança, simplicidade e menor custo (Furtado, 2011 citada por Menoita, 2012). É constituída por 6 itens: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, onde o score final varia de 6 a 23 para alto risco e baixo risco respetivamente de desenvolver UP sendo, em contexto de internamento hospitalar, recomendada a sua avaliação no momento da admissão do doente e reavaliação de 48/48 horas ou sempre que algum dos itens sofra alterações (DGS, 2011b). A sua aplicação deve ser associada a outras medidas e intervenções como a avaliação e manutenção da integridade cutânea, a proteção contra efeitos adversos de forças externas e a melhoria do estado nutricional (Menoita, 2012).

Os doentes com AVC apresentam um risco acrescido de desenvolverem UP por apresentarem vários fatores de risco como alterações da mobilidade, da sensibilidade e ainda pela presença de incontinência urinária (AHA/ASA, 2016 e Menoita, 2012).

O posicionamento é essencial para a prevenção de complicações quando uma pessoa apresenta mobilidade diminuída (Hoeman et al., 2011), devendo existir alternância de decúbitos a cada 2 ou 3 horas, em função do risco de desenvolvimento de UP (DGS, 2010).

Para além da alternância de decúbitos, uma higiene cuidada, uma avaliação diária da pele, a minimização ou eliminação do atrito, o controlo da humidade da pele sobretudo na região perineal, a manutenção da nutrição e hidratação e o uso de colchões especiais e cadeiras com assentos adequados, são também importantes para a prevenção de lesões cutâneas e UP (AHA/ASA, 2016).

2.3.2. Deglutição comprometida

Nos doentes com AVC o compromisso da deglutição pode estar relacionado com alterações do estado de consciência, atenção, percepção, coordenação, força, sensibilidade entre outros, pelo que, a presença do reflexo de deglutição não é suficiente para assegurar uma deglutição segura (Braga, 2016).

De acordo com as últimas *guidelines* da AHA/ASA (2016) a disfagia é um problema comum, que afeta entre 42% a 67% dos doentes após um AVC. Contudo na literatura existem algumas discrepâncias nas percentagens de doentes com disfagia. Tal facto pode estar associado com a utilização de diferentes instrumentos de avaliação da deglutição (Braga,

2016). No guia “Instrumentos de recolha de dados para documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação” (OE, 2016), são selecionados dois instrumentos de avaliação da deglutição (o *Gugging Swallowing screen* e o *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test*) mas de acordo com o referido documento ainda nenhum dos instrumentos se encontra traduzido e validado para a população portuguesa.

Nos doentes com AVC é mais comum a presença de uma disfagia orofaríngea, relacionada com a diminuição da força, do tónus muscular e/ou da sensibilidade dos músculos da face, mandíbula e língua (Menoita, 2012). Para além de ser um problema, a disfagia encontra-se muitas vezes associada a complicações, como a desidratação, pneumonias de aspiração, desnutrição e diminuição da qualidade de vida, que provocam um aumento no tempo de internamento, uma redução na participação dos doentes na sua reabilitação, sendo também responsável pela maioria dos reinternamentos após um AVC (AHA/ASA, 2016 e Menoita, 2012).

Segundo a DGS (2010), nas primeiras horas após o AVC, a alimentação dos doentes não é essencial, sendo sim importante a hidratação por via endovenosa. Nos doentes inconscientes a alimentação por sonda nasogástrica (SNG) é a opção mais correta e, para tratamentos mais prolongados ou em casos de disfagia total é recomendada a colocação de uma gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) (AHA/ASA, 2013).

De acordo com as indicações da DGS (2010), antes de qualquer administração de líquidos ou sólidos, na presença de doentes conscientes, deve-se proceder a uma avaliação prévia dos mesmos, seguido do teste de disfagia. Na avaliação prévia dos doentes os EEER devem:

- Observar e avaliar o controlo da cabeça na posição de sentado;
- Avaliar a simetria interna da boca, face e lábios;
- Observar a capacidade da pessoa para fechar os lábios;
- Observar o estado geral dos doentes e colocar as próteses dentárias.

Para a realização do teste de disfagia, os doentes devem estar posicionados em *fowler* e deve ser-lhes oferecida uma pequena quantidade de água (cerca de 10 ml), através de uma colher, que não seja de plástico. Se os mesmos apresentarem dificuldade na deglutição, ficarem engasgados ou ocorrer a presença de tosse ou voz nasalada, poderá ser necessário recorrer à entubação por SNG, devendo o teste ser repetido diariamente para que o retorno à alimentação por via oral seja iniciado logo que possível (DGS, 2010 e ESO, 2008).

De acordo com Braga (2016), para a avaliação da disfagia é importante considerar alguns aspetos, como a capacidade dos doentes em deglutir sem problema na presença de um copo cheio. Os mesmos devem ser capazes de deglutir sem problemas com a cabeça em posição neutra ou com ligeira flexão, podendo apresentar alguma dificuldade com o copo mais vazio, uma vez que ao deglutirem a cabeça irá apresentar alguma extensão. Assim, de acordo com o mesmo autor, deve ser sempre solicitando aos doentes que bebam por um copo sempre cheio. Este procedimento deve de seguida ser realizado com líquidos com diferentes consistências e, se os doentes não apresentarem sinais de disfagia ou de aspiração, pode-se avançar para uma avaliação com sólidos moles.

Mesmo que o teste de disfagia seja negativo, a pessoa com AVC pode aspirar de forma silenciosa, ou seja, fazer aspiração de comida sem apresentar os sinais clássicos de aspiração, podendo esta situação ocorrer em cerca de 25 a 30% dos doentes com AVC (AHA/ASA, 2016 e Braga, 2016). Assim, segundo vários autores existem alguns cuidados/técnicas que os EEER devem ter durante a alimentação e hidratação dos doentes com AVC (AHA/ASA, 2016; Menoita, 2012; Glenn-Molali, 2011 e DGS, 2010):

- Sentar os doentes ou elevar a cabeceira da cama a 90° durante a sua alimentação, de preferência com a cabeça em ligeira flexão, promovendo maior proteção das vias aéreas e diminuição do risco de aspiração;
- Avaliar se os doentes apresentam boa adaptação dos lábios ao copo;
- Avaliar a força dos membros superiores, a preensão para segurar nos talheres, os movimentos voluntários, as dificuldades em cortar os alimentos e a acuidade visual;
- Estimular os doentes a alimentarem-se pela sua própria mão. Se necessário preparar previamente os alimentos, cortando-os e fornecendo dispositivos de compensação (copos com um corte especial para o nariz, prato em concha, talheres modificados com engrossador de cabo, entre outros);
- Os alimentos devem ser moles ou reduzidos a puré e administrados em refeições frequentes e em pequenas quantidades. Se necessário usar espessante alimentar para aumentar a consistência dos líquidos;
- Sentar-se junto dos doentes, de preferência do lado afetado, estimulando os mesmos;
- Incentivar os doentes a deglutir várias vezes de forma a permitir uma deglutição completa e manter os mesmos em posição elevada durante 30 minutos após a refeição, de modo a diminuir o refluxo esofágico;

- Confirmar se os lábios estão fechados, uma vez que se não estiverem não ocorre a deglutição. Se necessário auxiliar o seu encerramento através da técnica do controlo frontal ou lateral da mandíbula;
- Realizar exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento muscular dos músculos da face (protrair/retrair os lábios, fazer o movimento de estalar/assobiar, exteriorizar a língua, mover a língua dentro da boca, exercícios de gargarejo e bocejo);
- Prestar cuidados de higiene oral após cada refeição, diminuindo assim o risco de aspiração.

2.3.3. Incontinência urinária

Segundo as recomendações da AHA/ASA (2016), a incontinência urinária apresenta um enorme impacto na qualidade de vida das pessoas, sendo comum nos doentes com AVC e surgindo com uma prevalência de 40 a 60% numa população com AVC agudo.

Além da incontinência urinária, os doentes com AVC apresentam várias características e condicionantes, como a alteração do estado de consciência, a confusão mental, alteração e dificuldades na comunicação, incapacidade motora, funcional e imobilidade, que podem influenciar a sua alteração na eliminação vesical (DGS, 2010).

De acordo com a ESO (2008) a incontinência urinária é um forte indicador de um mau prognóstico funcional, mesmo após as correções para a idade e o estado funcional, tornando-se a prestação de cuidados aos doentes com alteração do padrão de eliminação, uma prioridade nas intervenções de enfermagem de reabilitação (Rocha & Redol, 2016).

As doenças neurológicas como o AVC, numa fase inicial, podem provocar retenção urinária associada à ausência do tônus muscular, sendo indicada a algaliação ou o esvaziamento vesical. Contudo, logo que a situação clínica melhore, a algália deve ser retirada (Menoita, 2012).

Para Stevens (2011), os doentes com AVC habitualmente apresentam uma bexiga neurogénica desinibida, originando urgência ou incontinência urinária. Neste tipo de bexigas, o reflexo da micção permanece intacto, ocorrendo contrações fortes e desinibidas quando a bexiga está cheia, fazendo com que a micção involuntária ocorra quase em simultâneo com a vontade de urinar e, uma vez sentida essa vontade de urina, não se consegue inibir o fluxo.

A reeducação da eliminação vesical engloba intervenções de três tipos, técnicas comportamentais, farmacológicas e cirúrgicas, sendo as técnicas comportamentais a primeira linha de tratamento e aquelas que dizem respeito aos enfermeiros e que se encontram definidas e reguladas nas intervenções dos EEER (Rocha & Redol, 2016 e Stevens, 2011).

As técnicas comportamentais são intervenções de baixo risco e têm como objetivo a diminuição do número de ocorrências de incontinência urinária e incluem a terapia comportamental, os exercícios do pavimento pélvico, a estimulação elétrica, a educação da pessoa e do cuidador e o reforço positivo pelos esforços e progressos. Inicialmente as técnicas utilizadas requerem um envolvimento passivo dos doentes, aumentando progressivamente para aquelas técnicas que exigem uma participação mais ativa dos mesmos (Rocha & Redol, 2016 e Stevens, 2011).

Pretende-se com a terapia comportamental a separação da perceção da necessidade de urinar do ato de urinar, através da alteração dos hábitos miccionais, do aumento da capacidade funcional, da micção diferida e pela redução da ingestão hídrica após as 18 horas do dia (Rocha & Redol, 2016). Na micção diferida são utilizadas técnicas de relaxamento e distração para inibir conscientemente a vontade de urinar após o desejo miccional, de modo a capacitar os doentes para resistirem à sensação de vontade de urinar e adiarem a micção (Rocha & Redol, 2016). Já na micção temporizada, também denominada de treino de hábitos, existe um padrão previsível de esvaziamento da bexiga, com intervalos ajustados de duas a três horas. A micção é induzida nos doentes voluntariamente antes de estes atingirem o seu volume vesical capaz de desencadear um episódio de incontinência urinária (Rocha & Redol, 2016; Menoita, 2012 e Stevens, 2011).

São também frequentemente realizados exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, denominados de Exercícios de Kegel, que aumentam o suporte muscular das estruturas pélvicas e melhoram a resistência da uretra, através da contração ativa do músculo coccígeo. De acordo com Menoita (2012) para que estes exercícios apresentem benefício na promoção e controlo da continência é necessário que o doente tome consciência da contração muscular, aumentando a sua intensidade ao longo do tempo e que integre essa contração em atividades como corre, tossir, espirrar, rir, entre outras.

2.3.4. Comunicação comprometida

Para a AHA/ASA (2016) a comunicação é um aspeto vital do funcionamento diário, encontrando-se frequentemente comprometida após um AVC, afetando a fala, a leitura, os gestos e pragmática. As alterações na comunicação nos doentes com AVC podem ser relacionadas com distúrbios cognitivos, que incluem a afasia e com distúrbios motores da fala, onde se inclui a disartria, sendo importante a distinção de ambas (Boss & Wilkerson, 2011).

A disartria é considerada uma perturbação da articulação verbal, provocada pela falta de força muscular, alteração do tónus ou da coordenação dos músculos do aparelho fonador (Menoita, 2012 e Boss & Wilkerson, 2011). Quando esta é causada por lesões no hemisfério esquerdo, é passageira e de pequena intensidade, sendo mais acentuada nas lesões hemisféricas bilaterais e tronco cerebral (DGS, 2010). Os distúrbios motores da fala afetam a inteligibilidade, a naturalidade e a eficiência da comunicação, podendo afetar também a participação social, o bem-estar psicossocial e a qualidade de vida (AHA/ASA, 2016). Nos doentes com disartria os objetivos da reabilitação devem incidir no controlo da respiração, no aumento da força da musculatura oral e na melhoria da qualidade da voz e da articulação das palavras (Menoita, 2012).

A afasia é para Menoita (2012) uma perturbação da função cognitiva associada à perda de memória, parcial ou total, das capacidades de linguagem, como a expressão, compreensão, leitura e escrita. A maior parte dos indivíduos dextros apresenta o hemisfério esquerdo como dominante para a linguagem, sendo também nesse hemisfério que se encontram as estruturas anatómicas envolvidas na compreensão linguística, como a área de Wernicke, a de Broca e o giro angular. Contudo alguns autores consideram que uma lesão no hemisfério direito também pode afetar a linguagem em vários níveis (Menoita, 2012 e Boss & Wilkerson, 2011).

A afasia provoca um grande impacto na vida dos doentes com AVC e dos seus familiares, interferindo na capacidade dos mesmos em comunicar, na sua integração familiar, profissional e social e na sua qualidade de vida (Menoita, 2012).

De acordo com Boss e Wilkerson (2011) a classificação das afasias pode ser baseada de acordo com a localização neuroanatômica da lesão, surgindo assim:

- Afasia de Broca, conhecida também por afasia motora, de expressão ou não fluente, caracterizada pela incapacidade de traduzir o pensamento em palavras. O doente

compreende o que lhe é dito, mas não consegue encontrar as palavras corretas para se exprimir (Menoita, 2012);

- Afasia de Wernicke, conhecida por afasia sensorial, de compreensão ou fluente, caracterizada pela incapacidade de percepção da linguagem verbal e escrita. A produção de linguagem é fluente, a articulação de palavras é normal, mas a semântica encontra-se alterada (Boss & Wilkerson, 2011);
- Afasia global, caracterizada pela incapacidade do doente em comunicar, provocando o seu isolamento. O mesmo não é capaz de ler ou escrever, podendo apenas compreender algumas palavras. Com frequência os doentes com afasia global apresentam também hemiplegia direita, hemianopsia e alterações sensoriais (Menoita, 2012 e Boss & Wilkerson, 2011).

As intervenções de enfermagem de reabilitação nos doentes com alterações da comunicação são dirigidas para a criação de um ambiente de apoio terapêutico, que facilite a comunicação e no ensino e educação dos doentes e seus familiares (Boss & Wilkerson, 2011). Devem ser usadas técnicas que aumentem a capacidade de expressão verbal dos doentes, encorajando-os e dando-lhes tempo para que se possam exprimir e técnicas que os ajudem a melhorar o discurso, incentivando-os a expressarem-se com calma e encorajando-os na utilização de frases curtas da vida quotidiana como “bom dia”, “boa noite”, “obrigado” (Menoita, 2012; Boss & Wilkerson, 2011 e DGS, 2010).

Além da criação de um ambiente de apoio terapêutico, o ensino e educação dos doentes e familiares são fundamentais. Os mesmos devem compreender qual a causa do défice de comunicação e apresentar uma visão realista do seu potencial de recuperação (Boss & Wilkerson, 2011). A família deve ser orientada para as formas alternativas de comunicação e para a importância de criação de um ambiente favorável. E em contrapartida, os doentes devem ser orientados para a participação nas suas atividades de vida e na gestão do seu próprio ambiente. Segundo a AHA/ASA (2016), os familiares/cuidadores são cada vez mais incluídos no processo de avaliação e recuperação dos doentes com alterações na comunicação. Uma revisão sistemática da literatura concluiu que a formação de parceiros de comunicação é eficaz para melhorar as atividades de comunicação.

2.3.5. Défice no autocuidado

Cada vez mais é visível que a educação, a literacia e o autocuidado desempenham uma grande importância na nossa sociedade, não só para a promoção e proteção da saúde da população mas também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde (Despacho nº 3618-A/2016, de 10 de março).

Para Lessmann, Conto, Ramos, Borenstein e Meirelles (2011), a reabilitação neurológica dos doentes com AVC é um processo dinâmico, onde a compreensão do potencial individual e a melhoria do autocuidado dos mesmos, através da realização das AVD e atividades instrumentais da vida diárias (AIVD), adquirem um papel fundamental.

São vários os modelos e teorias de enfermagem que oferecem os fundamentos para a enfermagem de reabilitação, onde entre eles se destaca a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem.

De acordo com Queirós, Vidinha e Filho (2014), a Teoria do Autocuidado é composta por três categorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do défice no autocuidado e a teoria do sistema de enfermagem, sendo o autocuidado o seu conceito central. Para Orem citada por Meleis (2012), o autocuidado é uma função reguladora humana, realizada por indivíduos ou realizada por outros para eles mesmos, tendo como propósito a manutenção da integridade das funções físicas e psíquicas essenciais de uma pessoa.

Um dos objetivos da enfermagem inserido nesta teoria é o de assistir os doentes nas suas necessidades de autocuidados e permitir o retorno ao autocuidado (Lutz & Davis, 2011). Para Queirós et al. (2014) esta noção é a verdadeira essência da teoria do défice de autocuidado, pois determina a necessidade de intervenção de cuidados de enfermagem quando as exigências de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para desenvolver esse mesmo autocuidado. Para Meleis (2012, p.209) “o cuidado de enfermagem é o autocuidado terapêutico projetado para complementar os requisitos de autocuidado na ausência de capacidade para o fazer”.

O conceito de autocuidado apresenta uma importância elevada nos cuidados de enfermagem, estando o foco autocuidado definido na lista do Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (OE, 2007), constituindo assim um indicador de enfermagem e, encontra-se também descrito no enunciado descritivo “o bem-estar e o autocuidado” do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011b).

Inserido neste modelo encontra-se também o conceito das AVD e o seu treino como elemento fundamental na autonomia e na independência funcional dos doentes. Assim, define-se como AVD o conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma no seu dia-a-dia (OE, 2011a).

Para Akbari, Lyden, Kamali e Fahimi (2013) as atividades do dia-a-dia são as áreas de desempenho mais importantes, onde as pessoas podem alcançar a sua independência, sendo por isso a sua avaliação e treino um dos componentes dos programas de reabilitação.

Os doentes com AVC apresentam com frequência alteração nas suas capacidades funcionais e no desempenho das AVD, comprometendo a sua independência e levando à necessidade constante de prestadores de cuidados ou até mesmo na própria institucionalização (AHA/ASA, 2016 e Menoita, 2012).

De acordo com a CIF a capacidade é definida como a aptidão de um indivíduo, ajustado ao ambiente, para executar uma tarefa ou ação. É o nível máximo possível de funcionalidade que um indivíduo pode atingir (OMS, 2004).

Para vários autores (Menoita, 2012 e Hoeman et al., 2011) o treino das AVD é fundamental na promoção do autocuidado, consistindo em múltiplas componentes e estratégias específicas para completar as tarefas, sendo necessário, por vezes, recorrer a ajudas técnicas, ou produtos de apoio (ex.: barras de apoio, assentos de sanita, material antiderrapante, pinças, vestuário apropriado, copos e talheres adaptados) que permitem a concretização das atividades de um modo mais independente, com maior comodidade, menos esforço e dor e menor dispêndio de energia.

Para o treino do autocuidado higiene, assim que possível, os doentes com AVC devem deslocar-se à casa de banho para realizar os seus cuidados de higiene (Menoita, 2012), recorrendo-se com frequência, em ambiente hospitalar, ao uso da cadeira sanitária. Os mesmos devem ser responsabilizados de forma gradual pelo seu autocuidado, através da realização de atividades que pode realizar apenas com um lado do corpo, como pentear-se e escovar os dentes, sendo os enfermeiros os responsáveis por assegurar que os doentes não desprezam o hemisorpo afetado (DGS, 2010).

Em relação à atividade de vestir, o treino desta AVD vai sempre depender dos compromissos motores e sensitivos presentes, bem como das capacidades cognitivas do doente (DGS, 2010). Sendo uma atividade com elevado grau de exigência e esforço, pode por vezes provocar alguma frustração e desmotivação por parte dos doentes (Menoita, 2012). Contudo, uma revisão sistemática da literatura, referida pela ESO (2008), que comparou a terapia ocupacional baseada em atividades de vida diária com os cuidados habituais, concluiu

que existe uma melhoria funcional e independência na realização das AVD no grupo sujeito à intervenção. Associado ao equilíbrio comprometido e ao elevado risco de queda, o treino de vestir/despir deve ser realizado ou com a pessoa deitada na cama ou sentada numa cadeira com os pés bem assentes no chão, sendo o hemicorpo afetado o primeiro a vestir e o último a despir (Menoita, 2012).

Apesar da inclusão do treino de AVD's nos programas de reabilitação, são vários os estudos que concluem que os doentes após um AVC dificilmente adquirem a independência funcional que possuíam anteriormente. No estudo de coorte prospetivo de Kong e Lee (2014), cujo objetivo era avaliar a capacidade dos doentes na realização das AVD um ano após terem sofrido um AVC e terem sido admitidos num programa de reabilitação, concluiu que apesar das melhorias na funcionalidade, as atividades de vestir, subir escadas e banho, são aquelas que demoram mais tempo a recuperar e que nenhum dos indivíduos do estudo apresentou uma independência funcional com score de 100 no Índice de Barthel.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Apesar de todos os esforços e políticas de saúde que originaram uma redução na taxa de mortalidade da população, o AVC ainda é considerado uma das principais causas de morte em Portugal em indivíduos com idade superior a 70 anos (DGS, 2016), sendo a principal causa de incapacidade permanente nos adultos no Reino Unido (AHA/ASA, 2016 e Clarke, 2013). Esta realidade faz como que o tratamento e cuidados aos doentes com AVC seja um encargo com custos elevados para a saúde (Clarke, 2013), daí que a promoção da independência funcional dos doentes se torne fundamental.

De acordo com dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge através de um estudo transversal, verificou-se uma prevalência de AVC mais elevada no sexo masculino em idades compreendidas entre os 65 a 74 anos e com maior prevalência na região do Alentejo, associada ao não controlo da hipertensão arterial (Sousa-Uva & Dias, 2014).

Segundo dados estatísticos do serviço de Medicina Interna da ULSCB, o número de internamentos na U-AVC no primeiro semestre de 2016 foi de 104 doentes, com um total de 56 indivíduos do sexo masculino e 48 do sexo feminino, com uma média de idades de 76 anos. Na admissão, a avaliação funcional através do Índice de Barthel indica uma dependência elevada ou até mesmo total para mais de metade desses doentes, verificando-se ao longo do internamento um aumento dos ganhos na independência funcional, com aumento do número de doentes independentes e/ou com pouca ou moderada dependência.

Para este projeto de intervenção definiu-se como população alvo a construída pelos doentes admitidos na U-AVC do HAL, no período compreendido entre 4 de outubro de 2016 a 22 de janeiro de 2017. Inicialmente os doentes são admitidos na U-AVC, permanecendo na mesma durante um período de 48 horas ou até à sua estabilização clínica. Após esse período de tempo são transferidos para a subunidade, composta por duas enfermarias de internamento, onde apenas são internados os doentes com AVC com alta da unidade. Mesmo após transferência dos doentes para a subunidade, foi dada continuidade ao projeto de intervenção iniciado na U-AVC.

De acordo com Gatens e Musto (2011) e ESO (2008) as alterações cognitivas provocadas por um AVC podem conduzir a um défice no desempenho das atividades de autocuidado durante e após os programas de reabilitação. Para Kerr (2012) e Menoita (2012),

a diminuição da função cognitiva dos doentes após um AVC pode afetar a memória, a personalidade, a aprendizagem e a compreensão e ser um obstáculo à cooperação no programa de reabilitação.

Como já referido e afirmado por Varanda e Rodrigues (2016), os programas de reabilitação não devem esquecer a avaliação do potencial cognitivo dos doentes, devendo ser adaptados e dirigidos aos compromissos detetados dessa avaliação.

Assim, de modo avaliar o nível de colaboração e o estado cognitivo dos doentes admitidos na U-AVC, foi utilizado o Mini-Mental State Examination (MMSE) no momento de admissão e na alta dos doentes, que serviu de critério de inclusão dos mesmos neste projeto de intervenção.

O MMSE é um instrumento desenvolvido para identificar pessoas com deterioração cognitiva, sendo atualmente o teste cognitivo mais difundido e com maior diversidade de aplicações. É constituído por 30 questões (pontuadas com valor 0 quando o doente não responde ou não acerta e pontuadas com valor 1 quando a resposta é correta). As questões estão organizadas em 6 domínios cognitivos: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, compreensão (ordem verbal, ordem escrita e escrita espontânea) e capacidade construtiva, com uma pontuação final que varia de 0 a 30 (Santana et al., 2016).

Para vários autores, a pontuação do MMSE é influenciada por várias variáveis, diminuindo com a idade e aumentando com o nível de escolaridade. No estudo de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins (2009), de modo a determinar os valores normativos da escala MMSE, foram propostos valores operacionais de “corte” de 22 pontos para 0 a 2 anos de escolaridade, 24 pontos para 3 a 6 anos e 27 pontos para 7 ou mais anos de escolaridade.

Para a avaliação cognitiva da amostra deste projeto foi utilizado um MMSE modificado, onde foram excluídos os domínios da compreensão de ordem verbal (“pegar numa folha com a mão direita, dobrá-la e coloca-la num determinado local”), da compreensão de escrita espontânea (“escrever uma frase com sentido e gramaticalmente correta”) e da capacidade construtiva (“fazer uma cópia de um desenho prévio”), ficando assim a escala composta por 25 questões, com uma pontuação máxima de 25 valores.

Através dos valores de referência definidos por Morgado et al. (2009) e com a exclusão dos 3 domínios definidos anteriormente, para aplicação desta escala modificada, ficou definido como défice cognitivo uma pontuação inferior a 17 pontos para 0 a 2 anos de escolaridade, inferior a 19 pontos para 3 a 6 anos e inferior a 22 pontos para 7 ou mais anos de escolaridade. Foram feitas estas alterações uma vez que, se os doentes apresentassem défices motores no hemisfério dominante, os domínios acima descritos iriam estar alterados

ou não podiam ser respondidos, não correspondendo isso concretamente a um défice cognitivo.

Após aplicação do MMSE modificado para avaliação da função cognitiva, apenas sete dos doentes internados reuniram critérios de inclusão neste projeto.

Como se pode observar na Figura 8 verificamos que três doentes apresentaram défice cognitivo na admissão com pontuação inferior a 19 para escolaridade de 3 aos 6 anos e inferior a 22 para escolaridade superior a 7 anos. Apesar disso, esses três doentes foram incluídos no projeto de intervenção, uma vez que se mostraram recetivos e colaborantes na realização das intervenções e cuidados de enfermagem de reabilitação definidos.

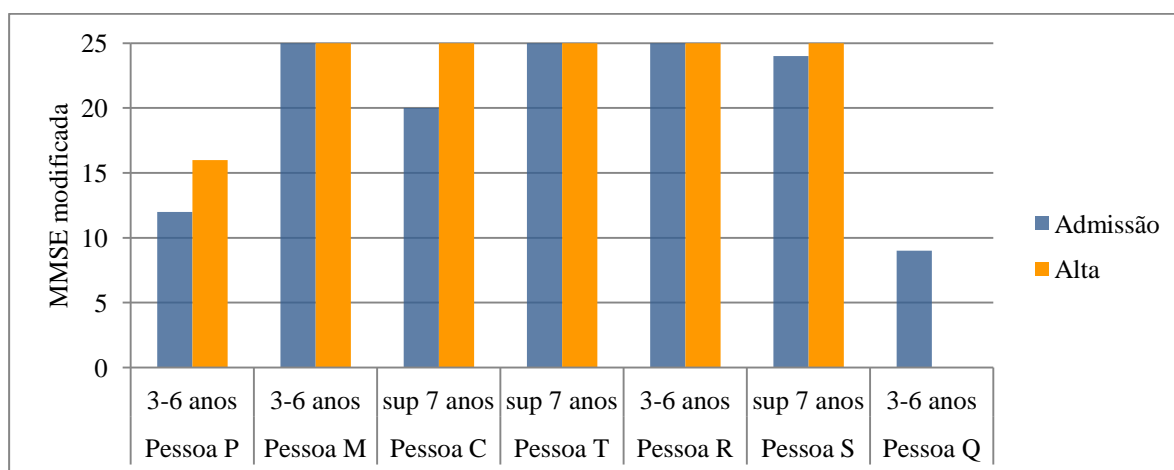


Figura 8: Avaliação da função cognitiva para inclusão no projeto de intervenção e no momento da alta

Após a implementação do plano de intervenção e com a reavaliação no momento da alta, verificou-se uma melhoria significativa da componente cognitiva dos doentes com AVC ao longo do internamento, expressa no aumento da pontuação do MMSE. Este facto pode estar associado com o estado geral dos doentes aquando da admissão na U-AVC, que acontece nas primeiras horas após o AVC, encontrando-se os mesmos muitas vezes com alterações do estado de consciência que podem originar uma avaliação cognitiva equívoca e que durante o internamento acaba por não se verificar.

4. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

A elaboração deste relatório encontra-se inserida no módulo do estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Universidade de Évora e pretende servir como documento que evidencia as capacidades desenvolvidas, através de uma reflexão crítica, durante a implementação do projeto de intervenção que, após discussão pública, confere a aquisição do grau de mestre. Conforme o enquadramento legal deste curso, o ciclo de estudos relativo ao grau de mestre deve assegurar que o estudante adquira uma especialização de natureza académica através de atividades de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais (Universidade de Évora, Ordem de Serviço nº 14/2012).

Assim, em termos da intervenção profissional como mestranda e enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, foram definidos como objetivos:

- Desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação;
- Melhorar a capacidade de implementar um projeto de intervenção;
- Melhorar a capacidade de avaliação e intervenção nos doentes com AVC, bem como a utilização de instrumentos de avaliação específicos;
- Analisar de forma crítica e científica os resultados de modo a melhorar as intervenções para com os doentes com AVC;

Em relação aos objetivos a atingir com a população interveniente, o projeto implementado visou a melhoria da funcionalidade e a capacidade do autocuidado nos doentes com AVC, tendo-se definido como objetivos mais específicos:

- Melhorar a força muscular e a sensibilidade profunda dos doentes com AVC;
- Melhorar o equilíbrio corporal, as transferências e a marcha nos doentes com AVC;
- Melhorar os autocuidados higiene, vestir/despir e alimentação nos doentes com AVC;
- Verificar a eficácia do plano de intervenção de cuidados de reabilitação implementado aos doentes com AVC;

5. CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Inserido na unidade curricular Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem, na especialidade de reabilitação, surgiu a elaboração de um projeto cuja finalidade visou a melhoria da funcionalidade e a capacidade de autocuidado nos doentes com AVC.

Inicialmente foi elaborado um quadro onde, de forma esquematizada, se definiram as atividades e estratégias a realizar para atingir os objetivos pretendidos (Figura 9). O cronograma de atividades elaborado no início do projeto sofreu alguns ajustes, relativamente aos períodos temporais inicialmente definidos, contudo foram cumpridas todas as atividades programadas (Anexo D).

Objetivos específicos	Estratégias /ações	Modo de controlo
Melhorar a força muscular e a sensibilidade profunda nos doentes com AVC;	- Execução do plano de intervenção: prevenção do padrão espástico, com posicionamentos terapêuticos e realização do programa de mobilizações;	- Aplicação da Escala de avaliação da força muscular do Medical Research Council no momento da admissão e na alta;
Melhorar o equilíbrio corporal, as transferências e a marcha nos doentes com AVC;	- Execução do plano de intervenção: realização de exercícios terapêuticos no leito e de treino de equilíbrio corporal e marcha;	- Aplicação do Índice de Tinetti no primeiro levante do doente e na alta; - Aplicação da Escala de Risco de Queda de Downton no momento da admissão e na alta;
Melhorar os autocuidados higiene, vestir/despír e alimentação nos doentes com AVC;	- Execução do plano de intervenção: treino de AVD, nomeadamente no autocuidado higiene, vestir/despír e alimentação; - Envolvimento dos restantes membros da equipa de enfermagem no incentivo do doente ao autocuidado; - Ensino ao doente e familiares de medidas e estratégias para a realização dos autocuidados;	- Aplicação do Índice de Barthel no momento da admissão e na alta;
Verificar a eficácia do plano de intervenções de cuidados de reabilitação implementado aos doentes com AVC	- Execução do plano de intervenção de cuidados de reabilitação aos doentes com AVC; - Análise e sintetização dos dados obtidos;	- Aplicação dos instrumentos de avaliação definidos (Índice de Barthel, Escala de Avaliação da Força muscular do Medical Research Council, Índice de Tinetti e Escala do Risco de

		Queda de Downton) aos doentes com AVC, em dois momentos de avaliação;
--	--	---

Figura 9: Estratégias e ações para atingir os objetivos propostos

De modo a verificar os benefícios das intervenções dos EEER, delineou-se um plano de intervenção, esquematizado na Figura 10, que foi aplicado aos doentes com AVC admitidos na U-AVC, durante o período de tempo definido, tendo sido também aplicados instrumentos de avaliação específicos, utilizados para verificar a efetividade do mesmo, e que foram incluídos do documento de colheita de dados, que pode ser consultado no Anexo E.

<p>PREVENÇÃO DO PADRÃO ESPÁSTICO</p> <p>Posicionamentos terapêuticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cabeça alinhada com o corpo, inclinada para o lado menos afetado, com rotação para o lado afetado - Rotação externa e abdução da articulação escápulo-umeral - Extensão e abdução do cotovelo, punho e dedos - Supinação do antebraço - Extensão do tronco com bacia posterior da bacia (projeção para a frente) - Rotação interna e flexão da coxa, joelho e tornozelo
<p>PROGRAMA DE MOBILIZAÇÕES</p> <p>Mobilizações passivas do hemicorpo afetado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizadas 2 a 3 vezes/dia - Repetidas 10 vezes em cada movimento - Efetuadas desde o segmento distal para o proximal - Executadas até ao limite de dor, fadiga, tolerância e de acordo com a reação do doente <p>Mobilizações de acordo com a situação do doente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passivas, ativas-assistidas, ativas e resistidas - Não esquecer o lado não afetado. Este deve ser igualmente mobilizado
<p>ATIVIDADES TERAPÊUTICAS NO LEITO, realizadas pelo menos 1 vez por dia e iniciadas logo no início do internamento, tendo em conta a colaboração do doente para a sua realização</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rolamentos no leito (para o lado afetado e para o lado são) - Rotação controlada da articulação coxo-femoral - Exercício da ponte - Facilitação cruzada - Auto-mobilização do membro superior
<p>TREINO DO EQUILÍBRIO CORPORAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treino de equilíbrio sentado - Treino de equilíbrio em posição ortoestático - Treino de sentar - Treino do levantar /transferência (a pessoa sai do leito pelo lado afetado e entra pelo lado menos afetado)

TREINO DE MARCHA

- Treino de curta duração e várias vezes ao dia
- Inicialmente treino de marcha controlada, com apoio do EEER
- Treino de marcha com auxílio de produtos de apoio para a mobilidade pessoal (andarrilho sem rodas, tripé e bengala)

TREINO DE AVD**Higiene**

- Uso de cadeira sanitária
- Incentivar o doente a realizar atividades que pode fazer apenas com um lado do corpo, como pentear-se e lavar a boca e os dentes
- Incentivar o doente na promoção dos seus cuidados de higiene, como lavar e secar a parte superior e inferior do corpo
- Supervisão/orientação do EEER para evitar que o hemisorpo afetado seja descurado nos cuidados de higiene

Vestir / Despir

- Atividade a ser realizada com o doente deitado no leito ou sentado no cadeirão para prevenção de quedas
- Vestir primeiro o lado afetado e despir primeiro o lado são

Alimentação

- Sentar os doentes ou elevar a cabeceira da cama a 90° durante a sua alimentação
- Promover ligeira flexão da cabeça (maior proteção das vias aéreas e diminuição do risco de aspiração)
- Estimular os doentes a alimentarem-se pela sua mão (se necessário preparar previamente os alimentos, cortando-os e fornecendo dispositivos de compensação)
- Se alterações na deglutição, providenciar alimentos pastosos ou reduzidos a puré e usar espessante alimentar nos líquidos
- Manter os doentes em posição elevada durante 30 minutos após a refeição, de modo a diminuir o refluxo esofágico
- Realizar exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento muscular dos músculos da face
- Prestar cuidados de higiene oral após cada refeição, diminuindo o risco de aspiração

Figura 10: Plano de intervenções de enfermagem de reabilitação

Após entrega do projeto e do requerimento à Comissão de Ética da Universidade de Évora e da sua aprovação (Anexo F), a sua implementação só foi possível após pedido de autorização e respetivo parecer ao Presidente do Conselho de Administração da ULS de Castelo Branco (Anexo G) e ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Medicina Interna, Enfermeiro Carlos Almeida.

De modo a garantir o direito à confidencialidade, anonimato e à autodeterminação, foi fornecido a todos os elementos da amostra um consentimento informado sobre o tema do projeto, objetivos e contexto em que ele se baseia, bem como um pedido de autorização para que os dados recolhidos pudessem ser posteriormente utilizados para tratamento estatístico e de investigação. Os dados colhidos são anónimos e confidenciais, tendo sido devidamente codificados e só utilizados neste projeto.

6. PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

O processo de avaliação e controlo deste projeto de intervenção incluiu o contacto regular durante o período do estágio final, tanto com o enfermeiro supervisor como com o professor orientador do mesmo. Além da implementação do projeto de intervenção, através da aplicação do plano de intervenções de enfermagem de reabilitação e dos instrumentos de avaliação definidos, por sugestão do professor orientador do estágio foram também realizados planos de cuidados de reabilitação referentes aos doentes incluídos no projeto e que foram discutidos e debatidos com o mesmo.

Como já foi referido, aos doentes com AVC incluídos neste projeto de intervenção, além da aplicação do plano de intervenção acima referido, foram também selecionados e utilizados instrumentos de avaliação de modo a verificar a efetividade e eficácia do mesmo na população alvo.

Segundo Kelly-Hayes e Phipps (2011) os instrumentos de avaliação devem ser capazes de medir o domínio de interesse, monitorizar os progressos, medir a eficácia do tratamento e determinar os benefícios das intervenções de reabilitação.

Sendo a identificação dos problemas relacionados com o autocuidado e a maximização da independência funcional dos doentes com AVC, a metodologia científica utilizada para o planeamento do projeto de intervenção, a avaliação do grau de independência funcional e a avaliação de alterações motoras e sensoriomotoras foi necessária e fundamental. Assim foram definidos como instrumentos de avaliação o Índice de Barthel, a Escala de avaliação de força muscular do Medical Research Council, a Escala de Risco de Queda de Downton e o Índice de Tinetti, que foram incluídos no documento de colheita de dados (Anexo E). Os instrumentos de avaliação descritos, com exceção do Índice de Tinetti, foram aplicados em dois momentos, na admissão e na alta, de modo a obter uma comparação na evolução. O Índice de Tinetti foi avaliado no primeiro levante e no momento da alta, uma vez que a maioria dos doentes internados na U-AVC tem indicação clínica de repouso no leito, tornando-se impossível uma avaliação do equilíbrio corporal.

O Índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência de uma pessoa na realização de dez atividades básica da vida: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, marcha, transferência da

cadeira para a cama e subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 é indicativa de uma dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos, conforme o nível de diferenciação. A sua pontuação final varia de 0 a 100 pontos, onde quanto menor for a pontuação, maior o grau de dependência (Kelly-Hayes & Phipps, 2011, Sequeira, 2010 e Mahoney & Barthel, 1965).

Este índice além de permitir a avaliação funcional da pessoa também determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada uma das atividades. De acordo com os pontos de corte definidos por Sequeira (2010), existem vários níveis de dependência relacionados com a pontuação final obtida, que podem ser observados na Figura 11.

O Índice de Barthel é um instrumento de fácil compreensão e execução, que se encontra traduzido e adaptado para a língua portuguesa e que apresenta uma validade e resultados de fiabilidade muito consistentes (Menoita, 2012).

Pontuação	Nível de dependência
90 – 100	Independente
60 – 89	Ligeiramente dependente
40 – 55	Moderadamente dependente
20 – 35	Severamente dependente
< 20	Totalmente dependente

Figura 11: Níveis de dependência

Fonte: Sequeira (2010), p.46

Para avaliação da força muscular foi escolhido o instrumento do Medical Research Council (1976) que avalia a força muscular numa escala de 0 (ausência total de contração muscular palpável ou visível) a 5 (força normal), tendo em conta o máximo esperado para aquele músculo específico através da resistência à mobilização ativa (OE, 2016).

Após um AVC é frequente uma alteração do equilíbrio corporal, aumentando também o risco de queda, sendo fundamental a sua avaliação (Coelho, Barros & Sousa, 2016 e Hoeman et al., 2011). Assim foram também incluídos a Escala de Risco de Queda de Downton e o Índice de Tinetti.

A Escala de Risco de Queda de Downton é constituída por 5 categorias: história de quedas anteriores, medicação (tranquilizantes/sedativos, diuréticos, anti-hipertensores,

antiparkinsónicos e antidepressivos), défices sensoriais (alterações visuais e auditivas e das extremidades), estado mental e estabilidade na marcha, onde cada categoria tem a pontuação de 1, e onde uma pontuação igual ou superior a 3 é indicativa de um alto risco de queda (Downton JH, 1993 citado por Freilich e Barker, 2009). Já Rogério de Oliveira et al. (2015) num estudo onde avaliaram, através da Escala de Downton, a população idosa em relação ao seu risco de queda e equilíbrio corporal, fizeram referência a um alto risco de queda acima de 2 pontos. Tendo em conta que a maioria da bibliografia e estudos consultados fazem referência ao alto de risco de queda com um score igual ou superior a 3 pontos, foi esse o valor que foi considerado para o projeto de intervenção. A escolha da Escala de Downton em relação a outras escalas utilizadas e validadas, como por exemplo a Escala de Morse, que se encontra definida e padronizada no sistema de registos SClínico, prendeu-se com o facto de que a primeira faz referência à medicação como um fator de risco de queda. Tanto o uso de antidepressivos, diuréticos e anti-hipertensivos, fazem parte do leque de medicação utilizada pelos doentes com AVC, fazendo assim sentido utilizar essa mesma escala em detrimento da Escala de Morse.

Para avaliação do equilíbrio e marcha foi utilizado o Índice de Tinetti, validado e traduzido para português por Petiz (2002) na sua Tese de Mestrado, que consiste numa escala com 19 itens, em que 9 avaliam o equilíbrio corporal e 10 avaliam a marcha. A pontuação para cada exercício inserido nos vários itens varia de 0 a 1 ou de 0 a 2, onde 12 pontos correspondem à pontuação máxima para a marcha, 16 pontos para o equilíbrio corporal e 28 pontos para a totalidade da escala (Silva et al., 2008). De acordo com os autores deste instrumento um score inferior a 19 indica alterações significativas no equilíbrio e na marcha provocando alto risco de queda, score entre 19 e 24 indica um risco moderado e um score acima de 24, não apresenta qualquer risco de queda (Ferreira et al., 2016).

7. DESCRIÇÃO FUNDAMENTADA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Desde a admissão todos os doentes com AVC incluídos neste projeto de intervenção foram posicionados de modo a prevenir o padrão espástico, durante as 24 horas do dia, tendo sido sensibilizados também os enfermeiros generalistas para a sua realização, reforçando também nos doente e familiares da sua importância mesmo após a alta hospitalar.

Foi executado também um programa de mobilizações, mobilizações passivas no hemicorpo afetado e outro tipo de mobilizações (ativas-assistidas, ativas e resistidas) de acordo com a situação dos doentes, planeadas para serem realizadas 2 a 3 vezes por dia, com 10 repetições em cada movimento, nunca esquecendo o lado não afetado. Nem todos os dias foi possível a mobilização diária dos doentes na frequência definida, por falta de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros especialistas de reabilitação.

Foram também efetuadas atividades terapêuticas no leito, como rolamentos para lado afetado e para o lado são, rotação controlada da articulação coxofemoral, exercício da ponte, recurso à facilitação cruzada e incentivo à auto-mobilização do membro superior. Estas atividades terapêuticas foram realizadas pelo menos 1 vez por dia, antes do levante diário dos doentes e tendo em conta a colaboração dos mesmos para a sua realização.

Após indicação clínica para levante foram realizados exercícios de equilíbrio sentado e ortoestático e exercícios de treino de sentar/levantar/transferir, promovendo e incentivando o doente ao levante pelo lado afetado, salvo situações de negligência unilateral. Os exercícios para o treino do equilíbrio corporal, para o levante e para as transferências foram realizados com o doente sentado na cama, com os pés pendentes e apoiados no chão, recorrendo também a exercícios ao fundo da cama, servindo a mesma de apoio.

Assim que os doentes apresentavam melhoria do equilíbrio corporal, estabilidade física em posição ortoestática e capacidade era iniciado o treino de marcha. Até que o doente recupera-se a força, equilíbrio e confiança, eram utilizados produtos de apoio para a mobilidade pessoal disponíveis no serviço de Medicina Interna, como o andarilho sem rodas, o tripé e a bengala. Era também pedido às famílias que providenciassem um calçado adequado antiderrapante, fechado e que ficasse bem preso ao pé, uma vez que os chinelos

disponibilizados e fornecidos pelo hospital eram descartáveis e de tecido, não sendo de todo adequados para a marcha, aumentando o risco de queda.

Desde a admissão mas com mais ênfase após o levante foram também realizadas intervenções para treino das AVD, nomeadamente no autocuidado higiene, vestir/despir e alimentação. Na AVD higiene os doentes eram levados à casa de banho em cadeira sanitária e incentivados/responsabilizados pelo seu autocuidado, como lavarem e secarem partes do corpo, pentearem-se ou lavarem a boca e os dentes, uma vez que são atividades que podem ser realizadas apenas com um braço.

Para o treino da AVD vestir/despir, após os cuidados de higiene os doentes eram sentados no cadeirão e incentivados ao seu autocuidado, sendo os membros afetados os primeiros a serem vestidos e os últimos a serem despídos. Foi também pedido às famílias/cuidadores que providenciassem roupa do domicílio fácil de vestir e adaptada à situação dos doentes, contudo nem sempre o apelo foi aceite, acabando os mesmos por vestir os pijamas do hospital (calças com atilho e camisa com botões).

Para o autocuidado alimentação os doentes foram incentivados a alimentarem-se por mão própria e a fazê-lo na posição de sentados. Sempre que foi possível, os doentes faziam levante para o cadeirão durante a hora das refeições. Numa fase inicial os doentes podiam usar o membro superior não afetado para se alimentarem, mas ao longo do internamento e com a melhoria da força muscular foram incentivados a alimentarem-se com o lado afetado e com a ajuda parcial dos EEER. Foram também facultados produtos de apoio (copos de plástico e/ou engrossador de cabo para talheres) e quando era necessário eram preparados e cortados os alimentos. Nos doentes com alteração da deglutição, nomeadamente com disfagia para líquidos eram providenciadas modificações diatélicas para alimentos pastosos ou reduzidos a puré e utilizado espessante alimentar nos líquidos. Durante as horas de refeições era incentivada a presença e colaboração da família, sendo nesse momento também que se procediam aos ensinamentos sobre a alimentação e possíveis mudanças dietéticas aquando da alta do doente para casa.

Uma das estratégias planeadas para a realização dos objetivos definidos consistiu no envolvimento dos restantes membros da equipa de enfermagem no incentivo do doente ao autocuidado. Como já foi dito, a U-AVC não apresenta uma equipa exclusiva, sendo a própria equipa de enfermagem do serviço de Medicina Interna, com pouca formação especializada, que também assegura os cuidados de enfermagem aos doentes na unidade. Sendo a equipa de enfermagem constituída quase na totalidade de enfermeiros generalistas (existindo apenas dois enfermeiros de reabilitação), a necessidade de uma formação com assuntos e temas

fundamentais para o tratamento e cuidados dos doentes com AVC, tornou-se essencial. Assim foi realizada uma formação em serviço, dirigida a todos os enfermeiros do serviço de Medicina Interna, sobre o tema “Posicionamentos e transferências no doente com AVC” (Anexo H).

8. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS EM FUNÇÃO DOS OBJETIVOS

Para este projeto de intervenção foi definida como população alvo os doentes admitidos na U-AVC do HAL, entre 4 de outubro de 2016 a 22 de janeiro de 2017. Contudo, associado às alterações cognitivas resultantes de um AVC e da sua relação no desempenho dos doentes nas atividades de autocuidado e na sua recuperação durante os programas de reabilitação, foi aplicado o instrumento MMSE, que serviu de critério de inclusão dos mesmos neste projeto, tendo sido incluídos sete doentes, aos quais foram aplicados o plano de intervenção dos cuidados de reabilitação e os instrumentos de avaliação previamente definidos.

A descrição das atividades desenvolvidas vai ser apresentada objetivo a objetivo para uma melhor análise e fundamentação das mesmas.

Como pode ser observado na Tabela 1, dos sete elementos da amostra três são do sexo feminino e quatro são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 53 e os 88 anos. Como diagnóstico de admissão na U-AVC surgiram dois doentes com AVC hemorrágico e cinco doentes com AVC isquémico, sendo que um deles foi submetido a fibrinólise. Em relação ao tempo de internamento verificaram-se dois doentes com um tempo médio de internamento igual ou abaixo do definido pela DGS (2017), com 5 e 6 dias de internamento e todos os outros doentes apresentaram internamentos acima do definido, com 11, 12 e 14 dias.

Tabela 1: Caracterização dos doentes relativamente ao sexo, idade, diagnóstico de admissão e dias de internamento

	Sexo	Idade	Diagnóstico	Dias internamento
Pessoa P	F	73 anos	AVC Hemorrágico	12 dias
Pessoa M	M	60 anos	AVC Hemorrágico	12 dias
Pessoa C	M	80 anos	AVC Isquémico com Fibrinólise	5 dias
Pessoa T	F	71 anos	AVC Isquémico	6 dias
Pessoa R	M	86 anos	AVC Isquémico, fase isodensa	11 dias
Pessoa S	M	53 anos	AVC Isquémico	11 dias
Pessoa Q	F	88 anos	AVC Isquémico, fase isodensa	14 dias

A análise da informação recolhida permitiu concluir que, em relação ao sexo, à idade dos doentes e etiologia do AVC, os dados obtidos foram coincidentes com a bibliografia documentada, que aponta para um aumento do risco de AVC nas pessoas do sexo masculino com idade igual ou superior a 65 anos (Menoita, 2012; Gatens & Musto, 2011 e SPAVC, 2011), apesar da existência de dois elementos da amostra com idade inferior, e para uma maior percentagem de casos de AVC isquémico em relação ao hemorrágico (Gatens & Musto, 2011).

Em relação ao número de dias de internamento verificou-se na maioria da amostra um aumento do tempo de internamento em comparação com o fixado pela DGS em 2014, de 7,8 dias de internamento (DGS, 2017). Tal situação pode estar associada com o facto de o AVC ser considerado uma doença com elevado grau de incapacidades e aparecimento de complicações que, além de aumentarem o tempo de internamento são também as principais responsáveis pela mortalidade (DGS, 2010).

A idade e a etiologia do AVC são fatores que afetam a recuperação dos doentes. De acordo com os resultados obtidos verificámos que os doentes com idade mais avançada foram aqueles que apresentaram um grau de dependência mais elevado no momento da alta, acabando um deles por falecer durante o internamento associado a complicações resultantes do AVC (pneumonia nosocomial). Em relação à etiologia do AVC, os dois doentes internados com o diagnóstico de AVC hemorrágico apresentaram menor grau de recuperação funcional quando comparados com os doentes admitidos com AVC isquémico.

No estudo de López-Espuela et al. (2016) que através de um estudo longitudinal observacional tinha como objetivo avaliar a evolução da independência funcional dos doentes e a presença de possíveis fatores associados concluiu que, dos doentes em estudo, todos apresentaram melhoria funcional na maioria das atividades de vida diárias, e que fatores como a idade, défices neurológicos na admissão e etiologia hemorrágica do AVC, afetam as capacidades de recuperação dos doentes, aumentando o seu grau de dependência.

Outro assunto que também merece análise e discussão encontra-se associado com o reduzido recurso de tratamento com fibrinólise nos doentes da amostra, estando o mesmo concordante com a bibliografia consultada. De acordo com as *guidelines* da AHA/ASA (2016) apesar da melhoria dos cuidados de saúde prestados, apenas uma percentagem pequena de doentes com AVC recebe tratamento com fibrinólise, estando esse facto associado ao não reconhecimento dos sinais e sintomas do AVC e ao não encaminhamento emergente para os serviços de saúde.

Como pode ser observado, dos cinco doentes admitidos com AVC isquémico, apenas um deles reuniu critérios para realização e tratamento com fibrinólise. Tratava-se de um doente que apesar dos seus 80 anos de idade (idade limite para realização de trombólise) apresentava todos os outros critérios para ser submetido a tratamento com rt-PA, tendo o mesmo demonstrado o que vem descrito na bibliografia, uma melhoria significativa do prognóstico de doentes com AVC isquémico agudo após realização com tratamento com fibrinólise (ESO, 2008). Ao longo da restante apresentação e análise dos dados obtidos, vai ser possível verificar também que o doente que recebeu tratamento com fibrinólise apresentou os melhores resultados. No índice de Barthel, com um score de 90 indicativo de uma independência, de acordo com o descrito por Sequeira (2010); no Índice de Tinetti com um score de 26, que revela um equilíbrio corporal mantido, sem risco de queda, tendo sido também o doente com o menor tempo de internamento.

Melhorar a força muscular e a sensibilidade profunda

Para atingir uma melhoria da força muscular e da sensibilidade profunda, os doentes com AVC incluídos neste projeto de intervenção foram sujeitos a um programa de mobilizações. Eram iniciadas mobilizações passivas do hemicorpo afetado, planeadas para serem realizadas 2 a 3 vezes por dia, repetidas 10 vezes em cada movimento e efetuadas desde o segmento distal para o proximal. O lado não afetado era também mobilizado. E ao longo do internamento, com a melhoria clínica e da capacidade dos doentes eram realizadas outro tipo de mobilizações de acordo com a sua situação (mobilizações ativas-assistidas, ativas e resistidas).

Como forma de avaliar a eficácia do programa de mobilizações na melhoria da força muscular, foi aplicada a Escala da força muscular do Medical Research Council no momento da admissão e na alta.

Como se pode observar na Tabela 2 todos os doentes apresentaram na admissão uma diminuição da força de um dos hemicorpos, onde quatro doentes apresentaram uma hemiparesia à esquerda e três doentes, uma hemiparesia à direita. Um dos doentes apresentava uma ausência total de movimento muscular no membro superior (MS) afetado – plegia do membro superior esquerdo.

Com a implementação do plano de intervenções e após nova avaliação da força muscular no momento da alta verificou-se, na maioria dos doentes, um aumento embora que

pouco significativo, da força muscular, sendo esse aumento maior no membro inferior (MI) que no superior. A Pessoa M, que na admissão apresentava plegia no MS esquerdo, não apresentou melhoria da força, mantendo-se com plegia no momento da alta. A Pessoa Q também não teve melhoria da força muscular, possivelmente associada a complicações durante o internamento que acabaram também por agravar o seu estado geral e neurológico, acabando por falecer.

Tabela 2: Avaliação da força muscular

Força Muscular	Admissão		Alta		Hemicorpo afetado
	MS	MI	MS	MI	
Pessoa P	3	3	3	4	Esquerdo
Pessoa M	0	1	0	2	Esquerdo
Pessoa C	3	3	4	4	Direito
Pessoa T	4	4	4	5	Esquerdo
Pessoa R	3	3	4	3	Direito
Pessoa S	3	3	4	4	Direito
Pessoa Q	2	2	0	0	Esquerdo

Os dados obtidos estão de acordo com o encontrado na bibliografia consultada, que faz referência à eficácia das mobilizações e alongamentos diários no hemicorpo afetado, para prevenção de contracturas e melhoria da força muscular (AHA/ASA, 2016).

Conforme descrito anteriormente, nem sempre foi possível a mobilização diária dos doentes 2 a 3 vezes por dia, por falta de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, podendo essa situação estar relacionada com a reduzida melhoria da força muscular dos doentes incluídos neste projeto.

Melhorar o equilíbrio corporal, as transferências e a marcha

Deste a admissão foram realizadas com os doentes com AVC um conjunto de atividades terapêuticas no leito, como os rolamentos, a rotação controlada da articulação coxofemoral, o exercício de ponte e a facilitação cruzada, importantes para a estimulação dos músculos do tronco, para a promoção da sensibilidade e reeducação postural, permitindo também aos mesmos uma maior independência no leito (Menoita, 2012 e DGS, 2010).

Quando os doentes se encontravam estabilizados, era iniciado o levante e começado o treino do equilíbrio corporal (equilíbrio na posição de sentado e ortoestático), bem como o treino das transferências do leito para o cadeirão. E assim que estes apresentavam equilíbrio ortoestático mantido, era iniciado o treino de marcha, com ajuda do EEER ou recorrendo a auxiliares de marcha.

Para verificar a eficácia do treino de equilíbrio corporal, transferências e marcha, foram aplicados dois instrumentos: o Índice de Tinetti, que avalia o equilíbrio corporal e a marcha, e a Escala do Risco de Queda de Downton. Estando a avaliação do equilíbrio corporal e o risco de queda relacionados, os dados obtidos foram analisados em simultâneo.

Ao analisarmos a Figura 12 verificamos que na admissão todos os doentes apresentavam alto risco de queda, com score acima de 3 na Escala de Risco de Queda de Downton. Ao longo do internamento e no momento da alta esse risco de queda manteve-se igual em três doentes, aumentou noutros três doentes e reduziu em apenas um. O elevado risco e queda ao longo do internamento está fortemente associado com o uso de determinado tipo de medicação (diuréticos e anti-hipertensivos), utilizado com frequência nos doentes com AVC, fazendo aumentar a pontuação da escala. Na pessoa M e R o aumento do risco de queda encontra-se associado à alteração do estado de orientação durante o internamento e à introdução de medicação neuroléptica por possível síndrome de privação alcoólica respetivamente. Na Pessoa P o aumento do risco de queda encontra-se associado à introdução de antidiabéticos orais, que antes do internamento não eram usados.

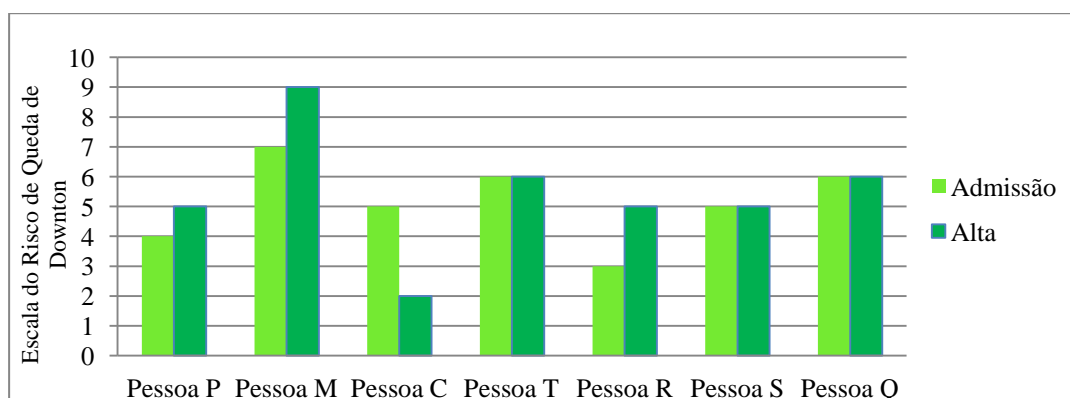


Figura 12: Avaliação do Risco de Queda

Em relação à avaliação do equilíbrio corporal, e através da observação da Figura 13 constatou-se que todos os doentes que integraram o plano de intervenção de cuidados de reabilitação, com exceção de um, apresentavam um score inferior a 19 na primeira avaliação do equilíbrio corporal, sendo esse valor indicativo de alterações significativas no equilíbrio e na marcha. Ao longo do internamento verificou-se um aumento significativo do índice de Tinetti em três doentes, os mesmos que no momento da alta apresentavam marcha mantida: a Pessoa C realizava marcha sem necessidade de qualquer produto de apoio, a Pessoa S com marcha mantida de pequenos passos com ajuda de terceiros e a Pessoa T com recurso a produto de apoio (tripé).

Em três doentes (P, M e R) o Índice de Tinetti obtido na avaliação da alta foi muito reduzido, uma vez que estes doentes apresentavam apenas equilíbrio estático sentado e em posição ortoestática, não apresentavam equilíbrio dinâmico, logo não tinha capacidade para a marcha.

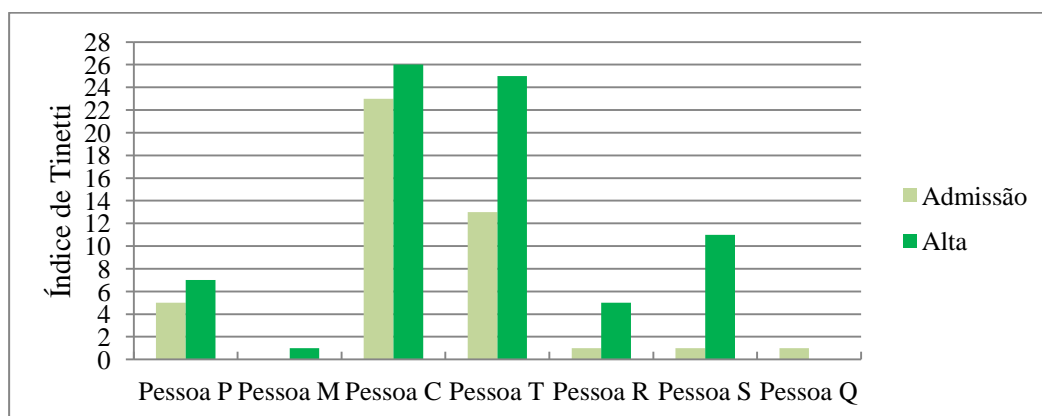


Figura 13: Avaliação do equilíbrio corporal

Os dados obtidos através da reavaliação no momento da alta do Índice de Tinetti estão de acordo com o encontrado na bibliografia consultada. De acordo com a WHO (1999) e mais recentemente referido por Menoita (2012), o treino de equilíbrio promove a reeducação do mecanismo reflexo-postural, inibe a espasticidade, estimula a sensibilidade postural e prepara os doentes para a marcha.

Melhorar os autocuidados higiene, vestir/despirm e alimentaçaõ

Para melhorar os autocuidados acima referidos foram incluídas no plano de intervençaõ, atividades e intervenções de enfermagem de reabilitaçaõ com vista à promoçaõ da independência funcional dos doentes nesses autocuidados, tendo sido também aplicado o Índice de Barthel, na admissãõ e na alta, para avaliar a sua melhoria e eficácia.

Conforme pode ser observado na Tabela 3, foi nos autocuidados transferências, mobilidade e vestir/despirm que houve mais ganhos funcionais.

Tabela 3: Avaliação da independência funcional por autocuidados

Autocuidados	Pessoa P		Pessoa M		Pessoa C		Pessoa T		Pessoa R		Pessoa S		Pessoa Q	
	adm.	alta	adm.	alta	adm.	alta	adm.	alta	adm.	alta	adm.	alta	adm.	alta
Alimentaçaõ	0	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0
Transferências	0	10	0	0	0	15	0	15	0	5	0	10	0	0
Toalete	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	5	0	0
Utilizaçaõ do wc	0	0	0	0	0	10	0	5	0	0	0	5	0	0
Banho	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Mobilidade	0	10	0	0	0	15	0	15	0	0	0	10	0	0
Subir e descer escadas	0	0	0	0	0	10	0	10	0	0	0	5	0	0
Vestir	0	0	0	0	0	10	5	5	0	5	0	5	0	0
Controlo intestinal	0	5	5	5	0	10	10	10	10	5	10	10	0	0
Controlo urinário	0	0	0	0	0	10	10	10	5	0	10	10	0	0
Total	0	30	10	10	5	90	30	80	20	20	25	65	0	0

Em contrapartida foi no autocuidado higiene (onde se incluí o toalete e o banho), onde se verificou apenas um doente com ganhos funcionais para o autocuidado do banho e dois doentes com ganhos funcionais no toalete. O único doente (Pessoa C) que apresentou uma melhoria funcional no autocuidado banho foi aquele, e o único, que recebeu tratamento com fibrinólise, verificando-se assim o descrito na literatura que faz referência a uma melhoria significativa do prognóstico dos doentes com AVC após tratamento com terapêutica fibrinolítica (ESO, 2008).

Já o autocuidado alimentaçaõ foi aquele onde não foram verificados ganhos, tendo havido apenas uma manutençaõ da independência funcional. Na maioria dos doentes o score

do autocuidado alimentação foi igual na admissão e no momento da alta, correspondendo à necessidade de ajuda na alimentação, como no cortar e preparar os alimentos.

No autocuidado vestir/despir verificamos apenas uma melhora dos ganhos funcionais em três doentes, em que um deles no momento da alta é totalmente independente e os outros dois necessitam de ajuda para o vestir e despir.

Os dados obtidos estão de acordo com o encontrado e documentado na bibliografia consulta, que refere uma melhora do autocuidado nos doentes após um AVC, apesar de longa e demorada. No estudo de López-Espuela et al. (2016), que através de um estudo longitudinal observacional, tinha como objetivo avaliar a evolução da independência funcional concluiu que, dos 175 doentes em estudo todos apresentaram melhora funcional em todas as atividades de vida diárias, 6 meses após o AVC, com exceção do controlo vesical. A diferença de resultados pode estar associada com o facto de os internamentos dos doentes com AVC serem relativamente curtos, impossibilitando a realização de planos de reabilitação extensos e exaustivos que promovam, durante a presença do doente no hospital, uma melhora significativa na realização dos autocuidados.

Apesar do plano de intervenção contemplar exclusivamente cuidados e atividades específicas para os autocuidados higiene, vestir/despir, alimentação, mobilidade e transferências, os outros autocuidados não foram esquecidos. Por exemplo, para o controlo de esfínteres, apesar de não ter sido planeada nenhuma atividade específica, quando houve oportunidade, disponibilidade e sempre que foi solicitado pelos doentes, foram providenciados dispositivos para o uso do sanitário (arrastadeira e urinol) e os doentes foram incentivados à micção controlada, evitando assim a micção na fralda.

Além da aplicação do plano de intervenção foram utilizadas outras estratégias para atingir o objetivo proposto, que incluíam o envolvimento dos restantes membros da equipa de enfermagem no incentivo do doente ao autocuidado. Apesar das estratégias terem sido utilizadas, as mesmas não produziram uma melhora significativa nos autocuidados. É sobretudo no turno da manhã que os autocuidados higiene e vestir/despir são realizados, mas também é nesse turno que existe uma maior sobrecarga de trabalho para os enfermeiros, podendo deste modo o incentivo dos doentes para a promoção do autocuidado não ter sido o suficiente por falta de tempo e disponibilidade.

Verificar a eficácia do plano de intervenções de cuidados de reabilitação implementado

Através da implementação do plano de intervenção aos doentes com AVC e da utilização de instrumentos que mediram e avaliaram a eficácia do mesmo, verificou-se que os cuidados de reabilitação são fundamentais para a recuperação desses doentes. De modo a avaliar a independência funcional, foi utilizado o Índice de Barthel, cujos dados são apresentados na Figura 14.

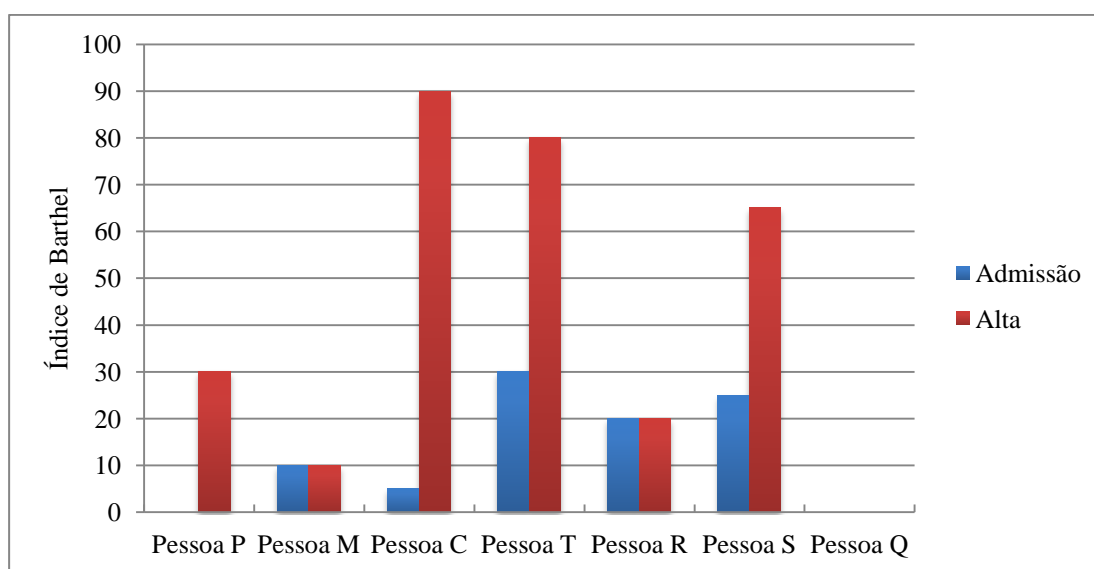


Figura 14: Avaliação do Índice de Barthel

Após observação do gráfico, e de acordo com o definido por Sequeira (2010) verificou-se que, no momento da admissão, quatro doentes apresentaram uma pontuação inferior a 20, indicativa de um nível de dependência total e três doentes apresentaram pontuações entre 20 a 30, correspondendo a um nível de dependência severa. No momento da alta, e após implementação do plano de intervenção, confirmou-se que em quatro doentes houve um ganho na independência funcional, dois dos doentes mantiveram a mesma pontuação da admissão e um dos doentes manteve o score 0, associado ao seu óbito durante o internamento (Pessoa Q).

Ao longo do tempo tem-se verificado uma diminuição da mortalidade por AVC, associada à melhoria dos cuidados de saúde prestados tanto na assistência como no tratamento (DGS, 2010 e 2001), o que veio originar por outro lado uma percentagem elevada de

sobreviventes com morbidades e incapacidades, tornando a procura e necessidade de cuidados e serviços de reabilitação numa realidade aumentada e emergente (Kerr, 2012). Sendo os enfermeiros os profissionais que mais perto e durante maior período de tempo estão em contacto com os doentes (Clarke, 2013 e DGS, 2010), desempenham assim um papel fundamental na aprendizagem e realização de atividades de reabilitação de modo a facilitar a prática de habilidades (Clarke, 2013), melhorando a qualidade de vida dos doentes com AVC e maximizando a sua independência funcional.

Pretendia-se com este projeto promover a melhoria da funcionalidade e da capacidade do autocuidado dos doentes com AVC e era esperado que, após a sua implementação, houvesse pelo menos uma manutenção da independência funcional dos mesmos.

Como pode ser observado na Figura 14, apenas quatro dos sete doentes tiveram uma melhoria da independência funcional, mas apenas um conseguiu atingir um score igual ou superior a 90, indicativo de uma independência funcional de acordo com os pontos de corte definidos por Sequeira (2010).

Apesar dos resultados não terem sido significativos, estão concordantes com o encontrado na bibliografia, que faz referência a percentagens elevadas de doentes após um AVC com incapacidades e défices neurológicos que limitam a sua independência. Cancela, citado por Menoita (2012) afirma que o tempo de recuperação de um AVC é longo, podendo haver uma recuperação até 90% entre os 12 e os 18 meses após o mesmo. Por outro lado, no estudo de coorte prospetivo de Kong e Lee (2014) concluiu-se que, um ano após o AVC e com integração num programa de reabilitação, nenhum dos indivíduos apresentou uma independência funcional com score de 100 no Índice de Barthel.

Conforme pode ser visualizado na Tabela 1 já apresentada, os doentes incluídos neste projeto de intervenção estiveram internados durante um período compreendido entre 5 a 14 dias, considerado um período de tempo reduzido para que pudessem ocorrer melhorias na independência funcional e na recuperação desses doentes.

Com a utilização dos instrumentos de avaliação específicos e definidos para este projeto e face aos resultados obtidos, podemos afirmar que a maioria dos doentes apresentou uma melhoria da força muscular, do equilíbrio corporal, nas transferências, na marcha e na realização dos autocuidados, confirmando assim a eficácia do plano de intervenção implementado.

Embora os resultados, em relação à melhoria da independência funcional dos doentes, não tenham sido significativos, podemos afirmar que se o tempo de internamento fosse superior ou se o plano de intervenção fosse aplicado durante um período de tempo mais

alargado, obteríamos melhores resultados ao nível da independência funcional, conforme o documentado na bibliografia consultada.

8.1. Análise crítica e descritiva das atividades desenvolvidas enquanto mestrande e enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação

A análise descritiva das atividades desenvolvidas vai ser integrada em cada um dos objetivos definidos enquanto mestrande e enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Além da descrição das atividades e estratégias desenvolvidas, é realizada também uma análise crítica/reflexiva das dificuldades experienciadas.

Desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento 125/2011), a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, é definida por um conjunto de intervenções específicas que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, com vista à maximização do seu potencial e independência funcional (OE, 2011).

De acordo com as novas orientações da WHO, o investimento na reabilitação pode ajudar a acelerar a alta hospitalar, prevenir reinternamentos e permitir que as pessoas permaneçam mais tempo nas suas casas, prolongando as institucionalizações (WHO, 2017).

Enquanto enfermeira com a especialidade de reabilitação, na prática do meu dia-a-dia desenvolvo as competências de enfermeira especialista em reabilitação no cuidado que presto aos doentes. Contudo, foi com este projeto de intervenção que essas competências adquiriram proporção e implementação. Sendo o projeto de intervenção centrado na importância e melhoria dos cuidados prestados aos doentes com AVC, foi nos cuidados de enfermagem de reabilitação dirigidos a esta população específica que o desenvolvimento dessas competências de EEER mais se salientou.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação dirigem-se às pessoas com necessidade especiais, ao longo do seu ciclo vital, através da identificação das necessidades afetadas e da

implementação e avaliação de planos e programas especializados, que visam a qualidade de vida e a participação social (OE, 2011b). A necessidade de planos de intervenções sistematizados e padronizados mas ao mesmo tempo de acordo com as necessidades identificadas são um contributo para que os cuidados prestados sejam mais eficazes e eficientes. No Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento 125/2011) encontra-se definido também a avaliação funcional da pessoa e a sua importância no treino das AVD e na maximização da autonomia e da qualidade de vida. Segundo Marques-Vieira et al. (2016) a intervenção do EEER deve ser iniciada pela avaliação da funcionalidade dos doentes, de modo a estabelecer-se os diagnósticos face às necessidades encontradas e assim definir o programa de reabilitação a implementar.

Para o desenvolvimento desta competência de EEER, é proposto a criação de planos de intervenção com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição, doença e incapacidade (unidade de competência J1.2 do Regulamento 125/2011), onde a discussão das alterações e necessidades afetadas com a pessoa/cuidador, a definição de estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir para a promoção da autonomia e qualidade de vida, constituem um elemento fundamental. Deste modo ao longo do estágio foi feito o ensino ao doente e ao cuidador de medidas e estratégias a desenvolver para a promoção do autocuidado, a identificação de barreiras arquitetónicas e a orientação para a eliminação dessas barreiras no contexto da vida da pessoa. Como exemplo, foi feito o ensino de estratégias para prevenção de quedas no regresso a casa, nos doentes com risco de queda e realizada a seleção e orientação para compra, juntamente com o doente e cuidador, dos produtos de apoio necessários, sobretudo produtos de apoio para o banho e duche e para a mobilidade pessoal.

Com o aumento do número de pessoas sobreviventes a um AVC com sequelas e incapacidades permanentes (AHA/ASA, 2016), não só relacionadas com as alterações da mobilidade e incapacidade inerentes ao AVC, mas também com as alterações cognitivas, como a memória, a personalidade e a aprendizagem, cada vez mais a inclusão dos cuidados de reabilitação, durante a fase aguda do AVC, faz todo o sentido.

Com a implementação do projeto de intervenção esperava-se uma melhoria da independência funcional dos doentes com AVC na realização dos seus autocuidados. Através dos resultados obtidos verificou-se essa melhoria da independência funcional, embora pouco significativa. Estes resultados fazem-nos pensar na importância dos cuidados de reabilitação em todas as práticas de cuidados, e em como estes devem ser um processo contínuo e interdisciplinar para um melhor benefício para os doentes. Os EEER desempenham um papel

fundamental no processo de reabilitação dos doentes com AVC, uma vez que enquanto enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam ao pé dos doentes, conhecendo-os melhor e, enquanto enfermeiros especialistas de reabilitação realizam e executam cuidados e intervenções aos doentes, indispensáveis para o restabelecimento e maximização da sua independência funcional e melhoria da sua qualidade de vida.

Enquanto mestrande, e com a implementação do projeto de intervenção e elaboração deste relatório, foram exigidas competências clínicas mas também competências de investigação, gestão e liderança, definidas no Artigo 15º, do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, referente ao grau académico de mestre. De acordo com os objetivos de aprendizagem definidos para a Unidade Curricular Relatório Final consegui desenvolver a minha capacidade de reflexão crítica, fundamentei o projeto de intervenção definido com base na teoria e na evidência científica, implementei o projeto de intervenção e no final verifiquei a sua eficácia e importância para a população definida. Estes objetivos contribuíram para a aquisição de competências enquanto mestre e para o desenvolvimento das competências já existentes enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

Melhorar a capacidade de implementar um projeto de intervenção

Associada a uma melhoria dos cuidados prestados e ao conhecimento e prevenção dos seus fatores de risco, tem-se verificado ao longo dos anos uma redução do número de AVC, contudo têm aumentado o número de pessoas sobreviventes com incapacidades permanentes (AHA/ASA, 2016). Deste modo a reabilitação desempenhe um papel importante e fundamental no contínuo dos cuidados e tratamentos aos doentes com AVC.

Inserido nas competências específicas do EEER, no Regulamento nº 125/2011 produzido pela OE (2011), encontra-se o cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, sendo a elaboração e implementação de programas de treino de AVD e treino motor, de acordo com as necessidades e limitações, umas das estratégias a implementar para a sua realização.

A exercer funções há cerca de 3 anos no serviço de Medicina Interna, local onde também funciona a U-AVC, deparei-me com um número elevado de doentes que, após o AVC, apresentam sequelas das quais resultam num elevado grau de incapacidades, que os impossibilita de desenvolver as suas AVD de forma autónoma. A realização de um projeto de intervenção, tendo por base a melhoria da eficácia das intervenções do EEER na promoção do

autocuidado nos doentes com AVC, através de um plano de intervenções uniformizado e sistematizado, tornou-se uma meta a atingir.

Depois de identificadas as necessidades dos doentes com AVC foi definido um plano de intervenções de cuidados de reabilitação (composto por exercícios de mobilizações, atividades terapêuticas no leito, treino de equilíbrio corporal e marcha e treino de autocuidados) e utilizados instrumentos de avaliação específicos, com a finalidade de verificar a eficácia e efetividade desse mesmo plano.

Com aplicação do projeto de intervenção e com a análise dos resultados obtidos verificou-se que o mesmo foi pertinente e que os objetivos que defini para a sua implementação e realização estiveram ao encontro das necessidades da população definida.

Ao longo do estágio final e para me ajudar com a implementação do projeto de intervenção contei com o apoio e orientação do professor do ensino clínico e com o envolvimento dos restantes membros da equipa de enfermagem na execução de algumas atividades e no incentivo do doente ao autocuidado.

Melhorar a capacidade de avaliação e intervenção no doente com AVC, bem como a utilização de instrumentos de avaliação específicos

Definido no seu regulamento das competências (Regulamento 125/2011), os EEER têm como alvo a pessoa com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, no contexto onde se encontra, sendo as suas intervenções centradas na manutenção e promoção do bem-estar e qualidade de vida, na recuperação da funcionalidade, na prevenção das suas complicações e na maximização das suas capacidades (OE, 2011). A monitorização desses ganhos funcionais e ganhos em saúde e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, integrados em projetos de melhoria contínua da qualidade e eficácia de cuidados, tornou-se para a Ordem dos Enfermeiros numa meta e numa prioridade (OE, 2011b).

Para a concretização do projeto de intervenção foi recolhida a informação pertinente através da implementação de um plano de intervenção de cuidados de reabilitação e da utilização de instrumentos de avaliação mais específicos. De acordo com Kelly-Hayes e Phipps (2011), os instrumentos de avaliação devem ser capazes de medir o domínio de interesse, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação entre disciplinas, medir a eficácia do internamento e determinar os benefícios das intervenções de reabilitação.

Sendo a finalidade do projeto de intervenção a melhoria da eficácia das intervenções do EEER na promoção do autocuidado nos doentes com AVC, a inclusão de instrumentos capazes de medir a avaliação funcional, a força muscular e o equilíbrio corporal e marcha, eram fundamentais. Assim foram escolhidos como instrumentos de avaliação o Índice de Barthel, o Índice de Tinetti, a Escala de Risco de Queda de Downton e a Escala de avaliação da força muscular do Medical Research Council.

Foi também utilizada a Escala MMSE modificada aos doentes admitidos na U-AVC como modo de critério de inclusão dos mesmos no projeto de intervenção. Através da sua aplicação foi possível selecionar os doentes em relação à sua avaliação cognitiva e incluir no projeto aqueles que se mostraram mais recetivos e colaboradores na realização das intervenções e cuidados de enfermagem de reabilitação.

As escalas de avaliação foram aplicadas aos doentes admitidos na U-AVC e que reuniam critérios de inclusão no projeto, tendo sido definidos dois momentos de avaliação para aplicação dos instrumentos, um na admissão do doente na unidade e o outro na alta, à exceção do Índice de Tinetti, cuja primeira avaliação ocorreu no primeiro levante do doente.

Após o término deste projeto de intervenção e com a análise dos resultados obtidos desenvolvi competências na avaliação e na planificação de intervenções ao doente com AVC, como também validei a importância e aplicação dos instrumentos de avaliação, sendo hoje capaz de os selecionar e utilizar mais corretamente. Os instrumentos de avaliação definidos e o plano de intervenção de cuidados de reabilitação estavam concordantes com as necessidades identificadas. Através da monitorização dos objetivos definidos, com a aplicação das escalas, foi possível no final verificar na maioria dos doentes que integraram o projeto, uma melhoria da funcionalidade na realização das AVD, na força muscular, no equilíbrio corporal e na marcha.

Analisar de forma crítica e científica os resultados de modo a melhorar as intervenções para com o doente com AVC

O projeto de intervenção contemplou a implementação de um plano de reabilitação motora, com vista à promoção da independência funcional nos doentes com AVC na realização dos autocuidados. Com a sua implementação e após análise dos dados obtidos, verificou-se a importância de um protocolo de atuação, seguido e executado por todos de igual, com vista a uma uniformização das intervenções de enfermagem de reabilitação

prestadas, tendo em conta as necessidades de cada doente, mas com vista a uma eficácia e eficiência dos cuidados realizados.

Não sendo a equipa de enfermagem da U-AVC uma equipa exclusiva e muito especializada, houve também necessidade de envolver e incentivar os enfermeiros generalistas na implementação e aplicação deste projeto, através do seu envolvimento no incentivo do doente com AVC ao seu autocuidado. Aliada à adesão dos restantes enfermeiros, contribuiu também para a implementação e aplicação deste projeto o acompanhamento e colaboração do Enfermeiro Chefe do serviço de Medicina Interna.

Como já foi referido, não há uma equipa de enfermagem exclusiva para a U-AVC, sendo os enfermeiros do serviço de Medicina Interna que também prestam cuidados aos doentes com AVC. Tal situação de recursos escassos e pouco especializados provocou alguma diminuição na eficácia e frequência dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados, tendo sido por vezes impossível a realização de determinados cuidados e intervenções de reabilitação conforme o definido.

Após indicação para o levante era avaliado o equilíbrio corporal e dava-se início ao treino de equilíbrio sentado e ortoestático. Os exercícios eram realizados com o doente sentado à beira da cama, com os pés assentes no chão ou recorrendo ao fundo da cama para apoio e realização dos mesmos. E quando o doente apresentasse estabilidade física, equilíbrio em posição sentada e ortoestática e tivesse consciência do seu corpo, era iniciado o treino de marcha, com recurso a produtos de apoio, sendo os andarilhos sem rodas, os tripés e bengalas, os produtos de apoio existente no serviço de Medicina Interna, tendo sido os suficientes para a realização dos treinos de marcha.

Ao longo do internamento, os doentes eram incentivados à promoção dos autocuidados, tendo sido dado mais ênfase à higiene pessoal, alimentação e vestir/despir. O serviço de Medicina Interna dispõe de 3 sanitários, 2 casas de banho com chuveiro assistido e 3 cadeiras sanitárias. Os doentes eram incentivados ao autocuidado higiene quando se deslocavam à casa de banho para a sua higiene pessoal diária. A não existência de casa de banho inserida dentro da unidade de AVC e o reduzido número de cadeira sanitárias (3 cadeira sanitárias para o serviço de medicina que apresenta uma elevada taxa de ocupação, sendo a maioria dos doentes dependentes) provocou alguma dificuldade e défice na promoção deste autocuidado.

Em relação ao autocuidado vestir/despir os doentes eram incentivados à sua realização, reforçando sempre a ideia de que o hemicorpo afetado é o primeiro a ser vestido e o último a despir. Associado ao desequilíbrio fácil e ao elevado risco de queda que estes doentes apresentam, este autocuidado era realizado com o doente sentado. Do meu ponto de vista, a

promoção deste autocuidado iria ser melhorada e facilitada com a utilização de feedbacks visuais, como a presença de um espelho alto e quadriculado, promotores da reeducação postural e controlo de equilíbrio, que também não se encontra disponível na unidade nem no serviço de medicina.

Para o autocuidado alimentação os doentes eram incentivados a alimentarem-se sempre que possível na posição de sentados e a fazê-lo por mão própria, sendo facultados produtos de apoio (copos de plástico e/ou engrossador de cabo para talheres). Foi também incentivado o apoio e suporte familiar às refeições, reforçando a ideia de que os doentes se deviam alimentar por mão própria. Contudo, foi presenciado algumas vezes os familiares a alimentarem os doentes à boca quando estes são capazes de o fazer por si.

Nos doentes com alteração da deglutição foram providenciadas modificações dietéticas com alimentos transformados em puré ou líquidos mais espessos, foi com frequência usado o espessante alimentar sobretudo para a hidratação oral e, foi também realizada a técnica da flexão ligeira do pescoço durante a alimentação, promovendo maior proteção da via aérea e diminuindo o risco de aspiração. A existência de espessante alimentar no serviço e uma boa relação e interação com a nutricionista que dá apoio ao mesmo, foram fatores que beneficiaram a promoção deste autocuidado e a prevenção de complicações decorrentes do mesmo.

Nos doentes com AVC, além dos autocuidados aqui identificados, existem outros défices funcionais, como a comunicação ou a incontinência urinária e intestinal, que apesar de apresentarem uma preocupação constante como todos os outros, não forem contemplados no plano de intervenções de cuidados deste projeto, dada a sua complexidade de reabilitação, necessitando de mais tempo despendido para a sua promoção e eficácia.

Para a concretização do projeto, foi necessária uma revisão prévia da literatura, uma caracterização e identificação das necessidades da população interveniente, tendo-se seguido um conjunto de passos e procedimentos indispensáveis para o planeamento e posterior implementação e aplicação do mesmo. Independentemente do número reduzido da amostra, após a implementação deste projeto de intervenção e após análise dos resultados obtidos, verificou-se a importância do mesmo na melhoria da eficácia das intervenções dos EEER nos cuidados prestados aos doentes com AVC, tendo sido possível avaliar os seus ganhos funcionais. Na maioria dos elementos da amostra houve uma melhoria, embora que pouco significativa, da independência funcional, que pode ser observada pelo aumento do score do Índice de Barthel e pela melhoria da força muscular, equilíbrio corporal e marcha, observada pela monitorização dos outros instrumentos de avaliação.

Sendo a U-AVC uma unidade especializada para o tratamento de uma determinada população, era espectável um maior recurso a técnicas, tratamentos e cuidados de reabilitação, como por exemplo a realização de trombólise num maior número de doentes ou a realização de um programa de reabilitação interdisciplinar, o que não sucedeu e/ou não foi visualizado. A não existência na U-AVC de uma equipa de enfermagem especializada (voltando a referir a existência apenas de 2 EEER) e de uma equipa de saúde interdisciplinar exclusivas da unidade, podem ser uma das causas para os reduzidos cuidados e tratamentos realizados e também por os resultados obtidos ficarem um pouco aquém dos resultados esperados. Se a U-AVC tivesse uma equipa exclusiva e mais especializada, seria espectável que os resultados obtidos seriam muito mais aliciantes em termos de ganhos funcionais, sendo muito mais visível a importância dos cuidados dos EEER na promoção da independência funcional do doente com AVC.

Após análise e reflexão sobre a implementação do projeto, considerou-se o tema de estudo pertinente e fundamental para os dias de hoje, contudo se o mesmo voltasse a ser implementado sugere-se que fosse ampliado a continuado para o apoio/cuidados domiciliários após a alta dos doentes. É também uma competência dos EEER a identificação das necessidades do doente e da sua família após a alta, no regresso a casa e à comunidade. A maioria dos doentes após o AVC permanece com sequelas e com alguma dependência funcional, sendo após a alta hospitalar encaminhados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Contudo tem-se verificado, ao longo do tempo, um grande número de doentes que vai para o domicílio a aguardar vaga na rede de cuidados. Com a continuação da implementação do plano de cuidados de reabilitação, com a identificação e alteração de possíveis barreiras arquitetónicas e com a monitorização contínua dos ganhos em saúde, todas as recuperações e metas funcionais atingidas durante o internamento no hospital poderiam ter continuidade, beneficiando os doentes e os seus cuidadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegado ao término deste trabalho, e apesar da amostra que integrou este projeto de intervenção ser reduzida, não permitido a generalização dos resultados, podem ser tecidas algumas considerações.

Ao nível da intervenção profissional como mestranda consegui com este projeto de intervenção desenvolver competências de EEER, melhorar a minha capacidade de implementar e avaliar um projeto de intervenção com vista à melhoria da eficácia dos cuidados ao doente com AVC.

Com a implementação deste projeto foi possível melhorar a força muscular, a sensibilidade profunda, o equilíbrio corporal, a marcha e a realização dos autocuidados dos doentes com AVC. Através da utilização de instrumentos de avaliação mais específicos, foi possível no final do projeto verificar a eficácia do plano de intervenção implementado.

A amostra permitiu concluir que após um AVC os doentes apresentam défices funcionais e cognitivos que comprometem a sua independência funcional e a realização das AVD. E que através da implementação deste projeto de intervenção, centrado num plano de intervenções com vista à promoção da mobilidade e treino das atividades de autocuidado, houve um ganho da independência funcional na maioria dos doentes, refletindo-se no aumento da pontuação do Índice de Barthel.

Mesmo com uma melhoria significativa no prognóstico e na redução de défices, a trombólise ainda é um tratamento pouco utilização, associado muitas vezes aos seus critérios de seleção, complicações e demora na chegada aos serviços de saúde, podendo o mesmo ser comprovado pela amostra. Dos cinco doentes com AVC isquémico, apenas um deles foi submetido a fibrinólise, sendo esse o doente com o tempo de internamento mais reduzido e aquele com mais ganhos funcionais obtidos.

Os resultados obtidos neste projeto de intervenção ressaltam a necessidade uma abordagem sistematizada ao doente após um AVC na promoção do seu autocuidado e maximização da sua independência funcional, através de planos de reabilitação sistematizado e personalizados às necessidades de cada doente.

Deixo uma sugestão, que assenta na influência positiva e fundamental que a presença de uma equipa de enfermagem exclusiva na U-AVC, com um número desejável de enfermeiros

com formação específica, nomeadamente enfermeiros especialistas de reabilitação, teria na promoção do autocuidado e independência funcional nos doentes após um AVC, através de um acompanhamento e plano de reabilitação contínuo, possivelmente com a obtenção de melhores resultados nessas áreas, que neste projeto de intervenção não foram significativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akbari, S., Lyden, P., Kamali, M., & Fahimi, M. (2013). Correlations among impairment, daily activities and thinking operations after stroke. *Neuro Rehabilitation*, 33, pp. 153-160. Obtido em maio de 2017, de https://www.researchgate.net/publication/255958166_Correlations_among_impairment_daily_activities_and_thinking_operations_after_stroke
- American Heart Association/ American Stroke Association. (2013). *Guidelines for the Early Management of Patient with Acute Ischemic Stroke*. Obtido em 10 de abril de 2017, de <http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/870>
- American Heart Association/ American Stroke Association. (2016). *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery*. Obtido em abril de 2017, de <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2016/05/04/STR.0000000000000098>
- Boss, B., & Wilkerson, R. (2011). Comunicação: Linguagem e Pragmática. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 525-550). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2016). Avaliação da Função Deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 181-189). Loures: Lusodidacta.
- Clarke, D. (2013). *Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography*. Obtido em 7 de maio de 2017, de <http://resolver.ebscohost.com/openurl?sid=EBSCO%3aedsgao&genre=article&issn=09621067&ISBN=&volume=23&issue=9-10&date=20140501&spage=1201&pages=1201-1226&title=Journal+of+Clinical+Nursing&atitle=Nursing+practice+in+stroke+rehabilitation%3a+systematic+review>
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2016). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.
- Decreto-Lei nº 312/2009 de 2 de novembro. (2009). *Diário da República I série Nº 212*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março. (2006). *Diário da República - I Série - A*. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Despacho nº 3618-A/2016 de 10 de março. (2016). *Diário da República 2ª Série -Nº 49*. Lisboa: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2001). *Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.
- Direção Geral de Saúde. (2011a). Norma da Direção Geral de Saúde nº 054/2011. *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*.
- Direção Geral de Saúde. (2011b). Orientação da Direção Geral de Saúde nº 17/2011. *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*.
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Portugal, Doenças Cérebro-cardiovasculares em Números 2015*. Obtido em abril de 2017, de <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Plano Nacional de Saúde, Boletim Informativo Semanal, 7 de Abril*. Obtido em junho de 2017, de <https://www.dgs.pt/publicacoes/boletim-informativo-semanal-do-plano-nacional-de-saude.aspx>
- Duchene, P. (2011). Reabilitação envolvendo os Sentidos, Sensações, Percepção e Dor. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 499-524). Loures: Lusodidacta.
- European Stroke Organization. (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório*. Obtido em 10 de abril de 2017, de http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf
- Ferreira, J., Sá, S., Santana, R., Domingos, A., Pereira, J., & Rezende, L. (2016). *Postural Balance in the Elderly with Mild Cognitive Impairment: Relationship to Accidental Falls*. Obtido em maio de 2017, de https://file.scirp.org/pdf/OJTR_2016032516192305.pdf
- Freilich, S., & Barker, R. (December de 2009). Predicting falls risk in patients - the value of cardiovascular variability assessment. *British Journal of Medical Practitioners*, 2, Number 4, pp. 44-48. Obtido em abril de 2017, de <http://www.bjmp.org/files/dec2009/bjmp1209freilich.pdf>

- Gatens, C., & Musto, M. (2011). Cognição e Comportamento. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 551-578). Loures: Lusodidacta.
- Glenn-Molali, N. (2011). Alimentação e Deglutição. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 295-318). Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação, Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). História, Controvérsias e Tendências. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 1-14). Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diárias. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 209-270). Loures: Lusodidacta.
- INFARMED. (2014). *Folheto Informativo: Informação para o utilizador Alteplase*. Obtido de http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=75&tipo_doc=fi
- Johnstone, M. (1979). *Restauração da função motora no paciente hemiplégico*. São Paulo: Manole.
- Kelly-Hayes, M., & Phipps, M. (2011). Avaliação da função e Medidas de Resultados. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 177-186). Loures: Lusodidacta.
- Kerr, P. (2012). Stroke rehabilitation and discharge planning. *Nursing Standard /RCN Publishing*, 27, nº 1, pp. 35-39. Obtido em maio de 2017, de <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2012.09.27.1.35.c9269>
- Kong, K.-H., & Lee, J. (2014). Temporal recovery of activities of daily living in the first year after ischemic stroke: A prospective study of patients admitted to a rehabilitation unit. *NeuroRehabilitation*, 35, pp. 221-226. Obtido em maio de 2017, de <http://content.iospress.com/articles/neurorehabilitation/nre1110>
- Latham, N., Liu, C.-J., & Jette, A. (2009). Stroke-Specific Functional Assessment Instruments. In J. Stein, R. Harvey, R. Macko, C. Winstein, & R. Zorowitz, *"Stroke Recovery and Rehabilitation"* (pp. 569-586). New York: Demos Medical.
- Lessmann, J., Fernanda, C., Ramos, G., Borenstein, M., & Meirelles, B. (jan.-fev. de 2011). Actuação da Enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (1), pp. 198-202.

- López-Espuela, f., Pedrera-Zamorano, J., Jiménez-Caballero, P., Ramírez-Moreno, J., Portilla-Cuenca, J., Lavado-García, J., & Casado-Naranjo, I. (March de 2016). Functional Status and Disability in Patients After Acute Stroke: A Longitudinal Study. *American Journal of Critical Care*, 25 (2), pp. 144-151. Obtido em maio de 2017, de https://www.researchgate.net/publication/296631577_Functional_Status_and_Disability_in_Patients_After_Acute_Stroke_A_Longitudinal_Study
- Lutz, B., & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 15-30). Loures: Lusodidacta.
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, pp. 56-61. Obtido em abril de 2017, de http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2016). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 465-374). Loures: Lusodidacta.
- Medical Research Council. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system - Memorandum No. 45*. London. Obtido em 4 de setembro de 2017, de <https://www.mrc.ac.uk/research/facilities-and-resources-for-researchers/mrc-scales/mrc-muscle-scale/>
- Meleis, A. (2012). On Needs and Self-care. In A. Meleis, *Theoretical Nursing - Development and Progress* (5 ed., pp. 207-228). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC - Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde. (2016). *Unidade Local De Saúde de Castelo Branco*. Obtido em agosto de 2017, de <http://www.ulsclb.min-saude.pt/category/institucional/missao>
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (Nov. de 2009). Novos valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9 (2), pp. 10-16.
- Olson, R. (2011). Função Musculoesquelética. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 411-442). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Obtido em junho de 2017, de

- http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Obtido em fevereiro de 2018, de <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº 125/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação nº 12/2011. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumento de recolha de dados para a documentação dos cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Obtido em maio de 2017, de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2004). CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: OMS, DGS. Obtido em abril de 2017, de http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf
- Petiz, E. (2002). *Atividade física, equilíbrio e quedas - Um estudo em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, não publicada, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Obtido em setembro de 2017, de <http://dited.bn.pt/29538/index.html?verb=Identify>
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (nov/dez de 2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, série IV* nº 3, pp. 157-164.
- Rocha, C., & Redol, F. (2016). Intervenções de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 271-279). Loures: Lusodidacta.

- Rogério de Oliveira, M., Inokuti, T., Bispo, N., Oliveira, D., Franco de Oliveira, R., & Silva Jr, R. (Abr/June de 2015). Elderly individuals with increased risk of falls show postural balance impairment. *Fisioter Mov.*, 28 (2), pp. 269-276. Obtido em maio de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/fm/v28n2/0103-5150-fm-28-2-0269.pdf>
- Santana, I., Duro, D., Lemos, D., Costa, V., Pereira, M., Simões, M., & Freitas, S. (Abril de 2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreo e Diagnóstico do Défice Cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29 (4), pp. 240-248. Obtido em junho de 2017, de <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6889/4651>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Serviços de biblioteca, informação documental e museologia da Universidade de Aveiro. (2015). *Citar e Referenciar: estilo bibliográfico APA 6th*. Obtido de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUK Ewik8NXyldDZAhUKsxQKHcjKB-kQFgg1MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.ua.pt%2Ffile%2F36608&usg=AOvVaw2xQAQxhN_DvwdjzdLdPXQt
- Serviços de Documentação do Instituto Politécnico de Leiria. (2013). *Guia para Elaboração de Referências Bibliográficas - Normas APA*. Obtido de <https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2015/05/Referencias-APA.pdf>
- Silva, A., Almeida, G., Cassilhas, R., Cohen, M., Peccin, M., Tufik, S., & de Mello, M. (Mar/abr de 2008). Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos. *Revista Brasileira Med. Esporte*, 14 n° 2, pp. 88-93. Obtido em maio de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2011). *Factores de Risco (3ª edição)*. Obtido em maio de 2017, de <http://www.spavc.org/outras-actividades/publicacoes>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2016). *O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral - Guia Prático para a população*. Obtido em maio de 2017, de <http://www.spavc.org/outras-actividades/publicacoes>
- Sousa-Uva, M., & Dias, C. (2014). *Prevalência de AVC na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013*. Obtido em 5 de abril de 2017, de https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo4.pdf

- Stevens, K. (2011). Eliminação e Continência Urinária. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 351-386). Loures: Lusodidacta.
- Universidade de Évora. (18 de julho de 2012). Ordem de Serviço nº 14/2012. *Regulamento do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre pela Universidade de Évora*. Obtido de [http://www.uevora.pt/docs/\(id\)/467/\(basenode\)/51](http://www.uevora.pt/docs/(id)/467/(basenode)/51)
- Varanda, E., & Rodrigues, C. (2016). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 145-158). Loures: Lusodidacta.
- Weir, C., Bradford, A., & Lees, K. (janeiro de 2003). The prognostic value of the components of the Glasgow Coma Scale following acute stroke. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 96, pp. 67-74. Obtido em maio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12509651>
- World Health Organization . (2017). *Rehabilitation in health systems*. Geneva: WHO. Obtido em setembro de 2017, de http://www.who.int/disabilities/rehabilitation_health_systems/en/
- World Health Organization. (1999). Promoting Independence Following a Stroke. WHO.
- Woten, M. (20 de maio de 2016). *Stroke Assessment: using the National Institutes of Health Stroke Scale*. Obtido em maio de 2017, de EBSCO Health: http://www.healthstream.com/content/EBSCO/NursingSkillsCenter/Skills/Skill_StrokeAssessmentUsingtheNationalInstitutesofHealthStrokeScale_1e66eda/scormdriver/indexAPI.html

ANEXOS

Anexo A – Escala de Rankin modificada

Escala de Rankin Modificada	
0	Sem sintomas.
1	Sem incapacidade significativa. Capaz de realizar todas as atividades habituais.
2	Incapacidade ligeira. Capaz de cuidar das suas necessidades sem ajuda mas incapaz de desempenhar todas as atividades como anteriormente.
3	Incapacidade moderada. Necessita de alguma ajuda mas capaz de andar sem ajuda.
4	Incapacidade moderada grave. Incapaz de cuidar das suas necessidades corporais sem ajuda e incapaz de caminhar sem ajuda.
5	Gravemente incapacitado. Necessita de cuidados de enfermagem constantes e de vigilância, acamado, incontinente.
6	Morte.

Fonte: DGS, 2010, p. 159

Anexo B – Escala de NIHSS

N I H ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

Execute os itens da escala de AVC pela ordem correcta. Registe a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala. Não volte atrás para alterar pontuações. Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame. As pontuações devem reflectir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele seja capaz de fazer. Deve registar as respostas enquanto administra a escala e fazê-lo de forma célere. Excepto quando indicado, o doente não deve ser encorajado (i.e., várias tentativas para que o doente faça um esforço especial).

Instruções	Definição da escala	Pontuação
1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.	0 = Acordado; responde correctamente. 1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.	_____
1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correcta - não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde a ambas as questões correctamente. 1 = Responde a uma questão correctamente. 2 = Não responde a nenhuma questão correctamente.	_____
1c. NDC Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.	0 = Realiza ambas as tarefas correctamente. 1 = Realiza uma tarefa correctamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa correctamente.	_____
2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela actividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado. 2 = Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.	_____

N I H ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

<p>3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	<p>_____</p>
<p>4. Parésia Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial menor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).</p>	<p>_____</p>
<p>5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 5a. Membro Superior esquerdo 5b. Membro Superior direito</p>	<p>_____</p>
<p>6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna</p>	<p>_____</p>

N I H ESCALA DE · AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

	<p>cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.</p> <p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p> <p>5a. Membro Inferior Esquerdo</p> <p>5b. Membro Inferior Direito</p>	_____
<p>7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de déficit de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar Joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p>0 = Ausente.</p> <p>1 = Presente em 1 membro.</p> <p>2 = Presente em 2 membros.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p>	_____
<p>8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo - membros superiores (exceto mãos), inferiores (exceto pés), tronco e face - quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; sem perda de sensibilidade.</p> <p>1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar.</p> <p>2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	_____
<p>9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Peça-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal.</p> <p>1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.</p> <p>2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do</p>	_____

NIH ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

	<p>examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.</p> <p>3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.</p>	_____
<p>10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>	<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.</p> <p>2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria.</p> <p>NT = Entubado ou outra barreira física; explique _____</p>	_____
<p>11. Extinção e Desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade.</p> <p>1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.</p> <p>2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.</p>	_____

Fonte: Obtido em 17 de setembro de 2017, em http://www.nihstrokescale.org/Portuguese/2_NIHSS-portugu%C3%AAs-site.pdf (adaptado)

Anexo C – Índice de Barthel

Índice de Barthel

	Adm	Alta
1. Alimentação		
Independente	10	10
Precisa de alguma ajuda (por ex. para cortar os alimentos)	5	5
Dependente	0	0
2. Transferências		
Independente	15	15
Precisa de alguma ajuda	10	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	0
3. Toalete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara e lavar os dentes	5	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0
4. Utilização do wc		
Independente	10	10
Necessita de alguma ajuda	5	5
Dependente	0	0
5. Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche/banheira sem ajuda)	5	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0
6. Mobilidade		
Caminha 50 m, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15	15
Caminha menos de 50 m, com pouca ajuda	10	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 m, incluindo esquinas	5	5
Imóvel	0	0
7. Subir e descer escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10	10
Precisa de ajuda	5	5
Dependente	0	0
8. Vestir		
Independente	10	10
Com ajuda	5	5
Impossível	0	0
9. Controlo intestinal		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podem fazer uso de supositório ou similar	10	10
Acidente ocasional	5	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0	0
10. Controlo urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	10
Acidente ocasional (max. 1 vez por semana)	5	5
Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0	0
TOTAL		

Fonte: Norma da DGS nº 54/2011, de 27/12/2011, p. 13

Anexo D – Cronograma de atividades

Cronograma de atividades

Fase	Atividades	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017	Março 2017	Abril 2017 ...
Fase 1	Revisão da Literatura							
	Definição do protocolo de intervenção no Ensino Clínico							
	Definição dos objetivos							
	Seleção dos instrumentos de avaliação							
Fase 2	Implementação do projeto de intervenção							
	Recolha de dados							
	Análise de dados							
Fase 3	Elaboração do relatório final							

Anexo E – Documento de colheita de dados

Codificação: _____

Idade:	Sexo:
Diagnóstico:	
Antec. Pessoais:	
Data admissão:	Défices:
Data alta:	Défices:

Avaliação Autocuidado - Índice de Barthel

	Adm	Alta
1. Alimentação		
Independente	10	10
Precisa de alguma ajuda (por ex. para cortar os alimentos)	5	5
Dependente	0	0
2. Transferências		
Independente	15	15
Precisa de alguma ajuda	10	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	0
3. Toalete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara e lavar os dentes	5	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0
4. Utilização do wc		
Independente	10	10
Necessita de alguma ajuda	5	5
Dependente	0	0
5. Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche/banheira sem ajuda)	5	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0
6. Mobilidade		
Caminha 50 m, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15	15
Caminha menos de 50 m, com pouca ajuda	10	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 m, incluindo esquinas	5	5
Imóvel	0	0
7. Subir e descer escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10	10
Precisa de ajuda	5	5
Dependente	0	0
8. Vestir		
Independente	10	10
Com ajuda	5	5
Impossível	0	0
9. Controlo intestinal		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podem fazer uso de supositório ou similar	10	10
Acidente ocasional	5	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0	0
10. Controlo urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	10
Acidente ocasional (max. 1 vez por semana)	5	5
Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0	0
TOTAL		

Escala de Risco de Quedas (J.H. Downton, 1993)

		Adm.	Alta
Quedas anteriores	Não	0	0
	Sim	1	1
Medicação	Nenhum	0	0
	Diuréticos	1	1
	Tranquilizantes / Sedativos	1	1
	Hipotensores (não diuréticos)	1	1
	Antiparkinsonianos	1	1
	Antidepressivos	1	1
	Outros Medicamentos	1	1
Défices Sensoriais	Nenhum	0	0
	Alterações Visuais	1	1
	Alterações Auditivas	1	1
	Extremidades	1	1
Estado Mental	Orientado	0	0
	Confuso	1	1
Deambulação	Normal	0	0
	Segura com ajuda	1	1
	Insegura com ou sem ajuda	1	1
	Impossível	1	1
TOTAL (alto risco >3)			

Avaliação força muscular do Medical Research Council (1976)

0	Ausência de movimento (sem contração)				
1	Contração muscular isométrica visível ou palpável				
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade (no plano horizontal)				
3	Movimento ativo contra gravidade				
4	Movimento ativo contra gravidade e alguma resistência				
5	Força normal (contra gravidade e resistência normal)				
	Hemicorpo direito		Hemicorpo esquerdo		
	MS	MI	MS	MI	
Admissão					
Alta					

Avaliação cognitiva - Mini-Mental State Examination (MMSE) modificada

	Adm.	Alta
1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)		
Em que ano estamos?		
Em que mês estamos?		
Em que dia do mês estamos?		
Em que dia da semana estamos?		
Em que estação do ano estamos?		
Em que país estamos?		
Em que distrito vive?		
Em que terra vive?		
Em que casa estamos?		
Em que andar estamos?		
2. Retenção (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)		
“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.” - Pera - Gato - Bola		
3. Atenção e cálculo (um ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair..., consideram-se as seguintes como corretas. Para ao fim de 5 respostas)		
“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim ate eu dizer para parar” 30, 27, 24, 21, 18, 15		
4. Evocação (um ponto por cada resposta correta)		
“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar” Pera - Gato - Bola		
5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)		
A. “Como se chama isto” (mostrar os objetos) Relógio - Lápis		
B. “Repita a frase que eu vou dizer”: O RATO ROEU A ROLHA		
C. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “ FECHE OS OLHOS ”; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos		
TOTAL:		
Escolaridade 0-2 anos		
3-6 anos		
Superior a 7 anos		

Avaliação de Equilíbrio – Índice de Tinetti

	1º lev.	Alta
EQUILÍBRIO ESTÁTICO - SENTADO		
1. Equilíbrio sentado		
0 – Inclina-se ou desliza na cadeira		
1 – Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira		
2 – Estável, seguro		
2. Levantar-se		
0 – Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio		
1 – Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa		
2 – Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços		
3. Equilíbrio Imediato (primeiros 5 segundos)		
0 – Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)		
1 – Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se		
2 – Estável sem qualquer tipo de ajudas		
4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos		
0 – Instável		
1 – Estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio		
2 – Pés próximos e sem ajudas		
5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)		
0 – Começa a cair		
1 – Vacilante, agarra-se, mas estabiliza		
2 – Estável		
6. Fechar os olhos na mesma posição		
0 – Instável		
1 – Estável		
7. Volta de 360° (2 vezes)		
0 – Instável (agarra – se, vacila)		
1 – Estável, mas dá passos descontínuos		
2 – Estável e passos contínuos		
8. Apoio Unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)		
0 – Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto		
1 – Aguenta 5 segundos de forma estável		
9. Sentar-se		
0 – Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância		
1 – Usa os braços ou movimento não harmonioso		
2 – Seguro, movimento harmonioso		

PONTUAÇÃO: _____ (total 16)		
EQUILÍBRIO DINÂMICO – MARCHA		
Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.		
10. Início de Marcha (imediatamente após o sinal de partida)		
0 – Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar		
1 – Sem hesitação		
11. Largura do passo (pé direito)		
0 – Não ultrapassa à frente do pé em apoio		
1 – Ultrapassa o pé esquerdo em apoio		
12. Altura do passo (pé direito)		
0 – O pé direito não perde completamente o contacto com o solo		
1 – O pé direito eleva-se completamente do solo		
13. Largura do passo (pé esquerdo)		
0 – Não ultrapassa à frente do pé em apoio		
1 – Ultrapassa o pé direito em apoio		
14. Altura do passo (pé esquerdo)		
0 – O pé esquerdo não perde completamente o contacto com o solo		
1 – O pé esquerdo eleva-se completamente do solo		
15. Simetria do passo		
0 – Comprimento do passo aparentemente assimétrico		
1 – Comprimento do passo aparentemente simétrico		
16. Continuidade do passo		
0 – Pára ou dá passos descontínuos		
1 – Passos contínuos		
17. Percurso de 3 metros (previamente marcado)		
0 – Desvia-se da linha marcada		
1 – Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha		
2 – Sem desvios e sem ajudas		
18. Estabilidade do tronco		
0 – Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha		
1 – Sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha		
2 – Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha		
19. Base de sustentação durante a marcha		
0 – Calcanhares muito afastados		
1 – Calcanhares próximos, quase se tocam		
PONTUAÇÃO: _____ (total de 12)		
PONTUAÇÃO FINAL: _____ (total de 28)		

Plano de Intervenções de Cuidados de Reabilitação

PREVENÇÃO DO PADRÃO ESPÁSTICO

Posicionamento terapêutico

- Cabeça alinhada com o corpo, inclinada para o lado menos afetado, com rotação para o lado afetado;
- Rotação externa e abdução da articulação escapulo-umeral;
- Extensão e abdução do cotovelo, punho e dedos;
- Supinação do antebraço;
- Extensão do tronco com balsa posterior da bacia (projeção para a frente);
- Rotação interna e flexão da coxa, joelho e tornozelo;

PROGRAMA DE MOBILIZAÇÕES

Mobilizações passivas do hemicorpo afetado

- Realizadas 2 a 3 vezes/dia;
- Repetidas 10 vezes em cada movimento;
- Efetuadas desde o segmento distal para o proximal;
- Executadas até ao limite de dor, fadiga, tolerância e de acordo com a reação do doente;

Mobilizações de acordo com situação do doente

- Passivas, ativas-assistidas, ativas, resistidas;
- Não esquecer o lado não afetado. Este deve ser igualmente mobilizado;

ATIVIDADES TERAPÊUTICAS NO LEITO

- Rolamentos no leito (para o lado afetado e para o lado são)
- Rotação controlada da articulação coxo-femoral
- Exercício de ponte
- Facilitação cruzada
- Auto-mobilização do membro superior

TREINO DO EQUILÍBRIO CORPORAL

- Treino de equilíbrio sentado
- Treino de equilíbrio em posição ortoestático
- Treino de sentar
- Treino do levantar /transferência (a pessoa sai do leito pelo lado afetado e entra pelo lado menos afetado)

TREINO DE MARCHA

- Treino de curta duração e várias vezes ao dia;
- Inicialmente treino de marcha controlada, com apoio do EEER;
- Treino de marcha com auxílio de produtos de apoio para a mobilidade pessoal (andarilho sem rodas, tripé e bengala);

TREINO DE AVD

Higiene

- Uso de cadeira sanitária;
- Incentivar o doente a realizar atividades que pode realizar apenas com um lado do corpo, como pentear-se e lavar a boca e os dentes;
- Incentivar o doente na promoção dos seus cuidados de higiene, como lavar e secar a parte superior e inferior do corpo;
- Supervisão/orientação do EEER para evitar que o hemicorpo afetado seja descurado nos cuidados de higiene;

Vestir / Despir

- Atividade a ser realizada com o doente deitado no leito ou sentado no cadeirão para prevenção de quedas;
- Vestir primeiro o lado afetado e despir primeiro o lado são;

Alimentação

- Sentar os doentes ou elevar a cabeceira da cama a 90° durante a sua alimentação;
- Promover ligeira flexão da cabeça (maior proteção das vias aéreas e diminuição do isco de aspiração);
- Estimular os doentes a alimentarem-se pela sua mão (se necessário preparar previamente os alimentos, cortando-os e fornecendo dispositivos de compensação);
- Se alterações na deglutição, providenciar alimentos pastosos ou reduzidos a puré e usar espessante alimentar nos líquidos;
- Manter os doentes em posição elevada durante 30 minutos após a refeição, de modo a diminuir o refluxo esofágico;
- Realizar exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento muscular dos músculos da face;
- Prestar cuidados de higiene oral após cada refeição, diminuindo o risco de aspiração.

Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da norma nº 015/2013 da Direção-Geral da Saúde

Melhoria da eficácia das intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação na promoção do autocuidado nos doentes com AVC

Com o presente projeto pretende-se identificar os problemas na realização dos autocuidados e maximizar a independência funcional dos doentes internados na Unidade de AVC, através de um plano de intervenções de enfermagem de reabilitação desde a admissão até ao momento da alta. Trata-se de um projeto de estudo quantitativo. Como instrumentos de colheita de dados utilizam-se o processo clínico do doente, através do sistema de registo SClínico, o índice de Barthel, a escala de avaliação da força muscular de Lower, Escala de risco de queda de Downton, o Índice de Tinetti e o Mini-mental state examination (MMSE). Os dados colhidos serão anónimos e confidenciais e só serão utilizados nesta investigação. O presente estudo teve aprovação ética e legal das entidades envolvidas. É importante a sua participação no estudo mas, caso não queira participar o mesmo não acarreta prejuízos assistenciais ou outros. Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Enfermeira Joana Grilo – OE 57232

Consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Este documento é feito em duplicado (uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente).

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/____

Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da norma nº 015/2013 da Direção-Geral da Saúde

Melhoria da eficácia das intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação na promoção do autocuidado nos doentes com AVC

Com o presente projeto pretende-se identificar os problemas na realização dos autocuidados e maximizar a independência funcional dos doentes internados na Unidade de AVC, através de um plano de intervenções de enfermagem de reabilitação desde a admissão até ao momento da alta. Trata-se de um projeto de estudo quantitativo. Como instrumentos de colheita de dados utilizam-se o processo clínico do doente, através do sistema de registo SClínico, o índice de Barthel, a escala de avaliação da força muscular de Lower, Escala de risco de queda de Downton, o Índice de Tinetti e o Mini-mental state examination (MMSE). Os dados colhidos serão anónimos e confidenciais e só serão utilizados nesta investigação. O presente estudo teve aprovação ética e legal das entidades envolvidas. É importante a sua participação no estudo mas, caso não queira participar o mesmo não acarreta prejuízos assistenciais ou outros. Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Enfermeira Joana Grilo – OE 57232

Consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Este documento é feito em duplicado (uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente).

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/____

Anexo F – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento

1	7	0	0	6
---	---	---	---	---

Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar Universidade de Évora

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Armando Raimundo, Professor Doutor Carlos Silva e Professora Doutora Constança Pinto, deliberaram dar, na reunião do dia 3 de Abril de 2017, o Parecer Favorável para a realização do Projeto "Melhoria da eficácia das intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação na promoção do autocuidado nos doentes com AVC" dos investigadores Joana Nunes Franco Grilo e Manuel Agostinho Matos Fernandes.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)

Anexo G – Autorização do Conselho de Administração da ULSCB



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Unidade Local de Saúde
Castelo Branco, EPE

Administracao HAL
17 1121 2017-01-18 11:43:31

De: António Vieira Pires – Presidente do Conselho de Administração

Para: Exma. Sra. Enf. Joana Nunes Franco Grilo – Serviço de Medicina Interna

Assunto: Pedido de recolha de dados no âmbito de um projecto de investigação em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado nos doentes com AVC

Data: 17 de Janeiro de 2017

No seguimento do pedido formulado por V. Exa., para recolha de dados na Unidade de AVC deste Hospital, no âmbito da realização de estudo intitulado "Melhoria da eficácia das intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação na promoção do autocuidado nos doentes com AVC", somos a informar que o Conselho de Administração deliberou, em 06.01.2017, homologar o parecer favorável da Comissão de Ética.

Assim, autoriza-se a recolha de dados para o referido estudo conforme solicitado, desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e desde que sejam respeitados todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

Mais se informa que, para o efeito, deverá ser estabelecido contacto prévio com a Directora do Serviço de Medicina Interna, que deverá autorizar a realização do referido estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


Dr. António Vieira Pires

Anexo H – Formação em Serviço realizada aos Enfermeiros do serviço de Medicina Interna sobre o tema “Posicionamentos e Transferências no doente com AVC”

POSICIONAMENTOS E TRANSFERÊNCIAS NO DOENTE COM AVC

Joana Grilo

Castelo Branco, 20 de abril de 2017

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Sumário

- Definição de alguns conceitos
- Padrão Espástico e Padrão de recuperação
- Mecânica corporal
- Posicionamentos
- Transferências

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

- O Acidente Vascular Cerebral (AVC) resulta do compromisso do fluxo sanguíneo a uma área particular do encéfalo;
- Considerado a primeira causa de morte em Portugal;
- A reabilitação deve-se centrar na promoção da independência, da mobilidade e das atividades de autocuidado.

(Menoita, 2012 e Hoeman, 2011)

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

- **Movimento** → fundamental para a capacidade de interação da pessoa com o meio ambiente;
- As pessoas com doenças crónicas, incapacitantes ou com múltiplos traumatismos têm um elevado risco de desenvolver complicações ou lesões específicas, necessitando da ajuda de outros ou de equipamentos adaptados que lhes proporcionem a mobilidade ou a função;
- A imobilidade e a limitação funcional representam **graves problemas** para o doente; a **promoção da mobilidade representa um enorme desafio para os enfermeiros** → Evitar as consequências da imobilidade e aumentar as capacidades funcionais.

(Hoeman, 2011)

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

- A avaliação da mobilidade, o ambiente ideal e as ajudas ou equipamentos necessários são fundamentais para determinar o grau de independência do doente, ou seja, as suas capacidades funcionais.
- As intervenções terapêuticas que promovam a **mobilidade** e que **previnam o síndrome de desuso e outras complicações** e o **treino das AVD** são os princípios fundamentais da prática de enfermagem de reabilitação.

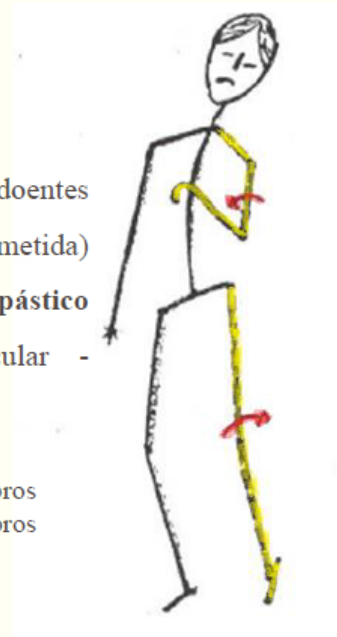
(Hoeman, 2011)

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Posicionamentos

- É essencial para prevenir complicações;
- As manifestações motoras mais frequentes nos doentes com AVC (relacionadas com a mobilidade comprometida) são a **hemiparesia** e a **hemiplegia** e o **Padrão Espástico** (associado a um aumento do tónus muscular - **espasticidade**):

Músculos anti gravíticos nos membros superiores (músculos flexores) e nos membros inferiores (músculos extensores).



Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Padrão anti-espástico (Padrão de Recuperação)

- O posicionamento em padrão anti-espástico, deve tornar-se **um hábito de vida**, se possível durante as 24 horas do dia;
- O **decúbito dorsal** é o que **mais favorece** a espasticidade (recomenda-se que apenas seja utilizado para a pessoa se alimentar);
- O **decúbito lateral** ou **decúbito semi-dorsal** são os decúbitos de eleição (não agravam a espasticidade).

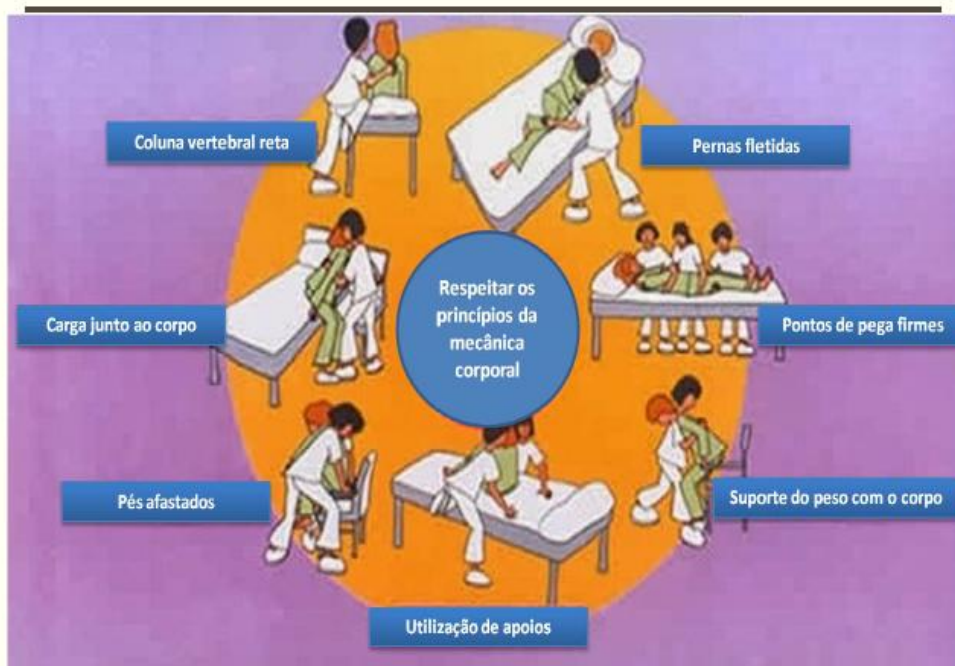


Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Princípios gerais da Mecânica Corporal

- A **Mecânica Corporal** é essencial para mover uma pessoa que é dependente dentro e fora da cama;
- É fundamental para uma **prática segura**, mas muitas vezes descurada ou subvalorizada pelos enfermeiros;
- Caracteriza-se pelos esforços coordenados dos sistemas músculo-esquelético e nervoso para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo nas várias atividades, aumentando a eficácia e poupando energia;
- Os enfermeiros devem **dispensar o tempo necessário** para uma prestação de cuidados de modo eficaz e seguro.

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC



Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Decúbito Dorsal

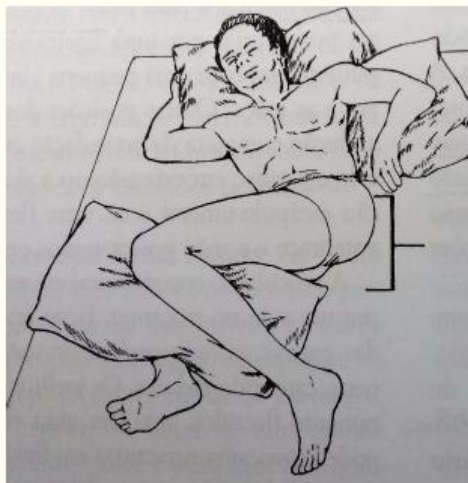
- Almofada pequena para apoiar cabeça, pescoço e ombros;
- MS do lado afetado em rotação externa e supinação com abdução dos dedos das mãos;
- MI do lado afetado com rotação interna e ligeira flexão do joelho (almofada desde a bacia até região poplitea);
- Opcional almofada pequena para elevação do calcâneo do lado afetado;
- **Evitar pressão** na face posterior dos MI's ... lesão nos vasos sanguíneos provocando flebites;



Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Decúbito Semidorsal

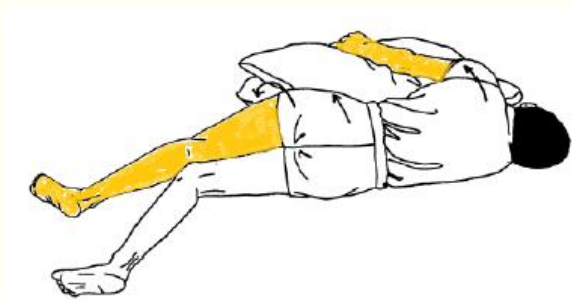
- Doente em decúbito dorsal com a anca inclinada num ângulo de 30°;
- MS afetado em extensão e pronação;
- MI afetado com ligeira flexão do joelho;
- MI's paralelos, apoiados numa almofada ou com o MI contrário ao decúbito ligeiramente atrás mantendo o alinhamento corporal.



Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Decúbito Lateral sobre o lado são

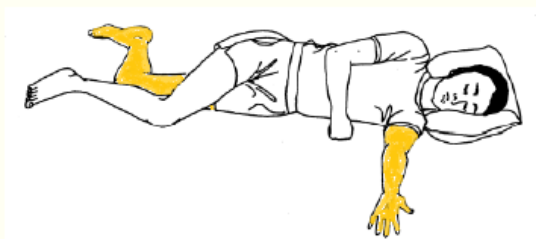
- MS afetado para a frente em extensão e pronação;
- MI afetado à frente do MI são, sobre almofada grande e alta, com o pé apoiado;
- Decúbito que melhor **inibe** a espasticidade.



Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Decúbito Lateral sobre o lado afetado

- MS afetado à frente em extensão e supinação;
- MI afetado atrás do membro são, com o joelho ligeiramente fletido e sem almofada debaixo do pé;
- Promove estímulos proprioceptivos e aumenta tónus muscular **mas...** (edema, contraturas, ombro doloroso e risco aumentado de UP).



Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Posição Sentado

- Postura direita, com as ancas bem para trás na cadeira e com os pés assentes no chão;
- Se a cadeira for muito alta, usar um degrau ou um banco;
- Se a cadeira for demasiado larga, colocar almofadas de um lado e de outro, para que o doente não fique inclinado;
- Se a cadeira for demasiado funda, colocar uma almofada nas costas;



Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Posição Sentado (cont.)

- Colocar o ombro do lado afetado para a frente, apoiado numa almofada ou superfície de trabalho preferencialmente;
- O braço e antebraço do lado afetado deve ser colocado numa mesa a uma altura confortável.



https://www.google.pt/search?q=Sentar+um+hemiplegico&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjGn_hmavTAhUCVxQKH WKJDIgQ_AUjB&biw=1366&bih=635

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Transferências

- É um padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra;
- A técnica a utilizar vai sempre depender da colaboração que a pessoa pode dar;
- É fundamental avaliar as necessidades e capacidades da mesma relativa à sua dependência;
- A técnica da transferência deve garantir tanto a segurança do enfermeiro como da pessoa a transferir.

(Hoeman, 2011)

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

- Para a mobilização de doentes o ideal é usar **meios auxiliares** que facilitem a transferência: elevadores mecânicos, tábuas de transferência, transferes, cintos com pegas ou resguardos;
- Para a **prevenção do risco de quedas** é fundamental que a pessoa a transferir esteja **vestida** (uso de calças é importante, facilita o procedimento) e **calçada** (calçado fechado e antiderrapante).

Levante

(objetivos):

- Prevenir complicações da imobilidade;
- Incentivar o autocuidado;
- Promover e treinar o equilíbrio;
- Preparar para o treino de marcha;

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC



https://www.google.pt/search?q=materia+de+apoio+nas+transferencias&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiWz_2p2avTAhUHXhoKHQgdCeEQ_AUIBigB&biw=1366&bih=635#tbm=isch&q=ajudas+e+C3%A9cnicas+nas+transferencias+de+doentes

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Transferências – Mover a pessoa no leito

- Levantar a cama a uma altura adequada, aproximadamente ao nível da anca e transferir o peso de uma perna para a outra na direção do movimento;
- É mais seguro e eficaz ser feito por dois profissionais e sempre que possível usar o resguardo como auxiliar, que deve estar enrolado junto à pessoa;



OE (2013)

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Transferências – Mover a pessoa no leito (cont.)

- Um dos profissionais coloca os braços sobre a região superior do tronco da pessoa (cintura escapular e região dorsal) e o outro profissional apoia a parte inferior do tronco (cintura pélvica e cavado poplíteo);
- Para mover a pessoa dependente no sentido da largura do leito: ambos os profissionais no lado para o qual a pessoa vai ser mobilizada. Quando o movimento for no sentido ascendente ou descendente devem colocar-se um de cada lado do leito.



OE (2013)

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Transferências – Mover a pessoa no leito (cont.)

- A cabeceira da cama ou o trapézio suspenso são úteis para o doente ajudar na mobilização no leito bem como para colocar a arrastadeira;
- Quando a técnica for executada apenas por um profissional, em primeiro lugar movimentam-se a parte superior do corpo e em seguida, a parte inferior.

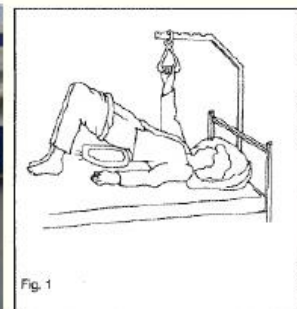


Fig. 1

OE (2013)

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Transferência “em pivot”

Transferência da cama para a cadeira da pessoa com grau de dependência moderado



OE (2013)

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Transferência por elevação

Transferência da pessoa com **grau de dependência elevado e/ou não colaborante** (com a ajuda de meios mecânicos - elevador hidráulico - ou por dois profissionais).

(2013)



Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Correção do posicionamento na cadeira/ cadeirão

Se a pessoa tem **grau de dependência baixo ou moderado**

OE (2013)



Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Correção do posicionamento na cadeira/ cadeirão

Se pessoa com grau de dependência elevado deve utilizar-se o elevador ou então a correção do posicionamento ser efetuada por dois profissionais utilizando o resguardo.

OE (2013)



Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Técnica do levante no doente com AVC

- O **levante** deve ser efetuado para o **lado do hemicorpo afetado**;
- Auxiliar o doente a cruzar a perna sã sobre a perna afetada;
- Colocar as pernas suspensas sobre a beira da cama;
- Auxiliar o doente na verticalização do tronco, (através de um movimento cruzado dos MS), puxando pelo MS sã e com a outra mão estabilizando o antebraço do hemicorpo afetado;
- Já sentado, as mãos devem estar apoiadas na cama e os pés bem assentes no chão.



Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Transferência da cama para cadeirão no doente com hemiparesia/hemiplegia

- A cadeira é colocada em ângulo com a cama, do lado afetado do doente;
- Trancar com os seus joelhos os joelhos do doente;
- Apoiar com a mão o cotovelo e antebraço do lado afetado;
- Apoiar o braço não afetado no seu ombro;
- Segurar na cintura do doente (ou nas calças) com a outra mão e num movimento único levantar-o;
- Pedir ao doente para realizar uma inclinação anterior do tronco e sentar-o na cadeira de rodas/cadeirão.



Menoita, 2012

Posicionamentos e Transferências no doente com AVC

Referências Bibliográficas

Hoeman, Shirley P. *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª. Loures : Lusodidacta, 2011.

Menoita, Elsa Carvela. *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures : Lusociência, 2012.

Direção Geral da Saúde . *Acidente Vascular Cerebral, Itinerários Clínicos* . Lisboa : Lidel, 2010.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

<http://www.strokestrategvab.ca/pillar-recommendations.html> , obtido a 13-04-2017

<https://strokefoundation.org.au/> , obtido a 13-04-2017